

Instituto de Higiene e Medicina Tropical
Universidade Nova de Lisboa



POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS: ESTUDO DE CASO PORTUGUÊS

Inês Tomás Rego

Orientador de Dissertação
Professor Doutor Paulo Ferrinho

Tese submetida como requisito parcial da obtenção do grau de:
MESTRE EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO

2011

“We have the means and the capacity to deal with our problems, if only we can find the political will. “

Kofi Annan

AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos vão dirigidos ao Senhor Professor Paulo Ferrinho, pela orientação desta tese, por me ensinar a ser exigente e ainda por ter possibilitado a minha participação no desenvolvimento do PNS 2011-2016; ao Instituto de Higiene e Medicina Tropical que permitiu adquirir novos conhecimentos, experiências e colegas; ao Alto Comissariado da Saúde pelo financiamento deste projecto e pelo apoio incondicional do Senhor Dr. Paulo Nicola e Senhora Dra. Maria Cortes; à Associação para o Desenvolvimento da Medicina Tropical por me acolher todos os dias com um sorriso; aos pontos focais dos diferentes Ministérios pelo tempo que me concederam na revisão das análises efectuadas, em especial à Senhora Dra. Isabel Baptista (Coordenadora do Núcleo de Educação para a Saúde da Direcção-Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular), Senhora Dra. Regina Vilão (Directora de Políticas e Estratégias de Ambiente da Agência Portuguesa do Ambiente), Senhora Dra. Raquel Pereira (Adjunta do Gabinete da Senhora Ministra do Trabalho e Solidariedade Social), Senhor Dr. Luís Sardinha (Presidente do Instituto do Desporto de Portugal), Senhor Dr. António Nobre (Director Adjunto do Departamento Geral da Administração do Ministério dos Negócios Estrangeiros), Senhora Dra. Maria Gonçalves (Ministério da Justiça), Senhora Dra. Paula Santos (Direcção-Geral das Actividades Económicas), Senhor Engenheiro Jorge Reis (Subinspector Geral da Autoridade de Segurança Alimentar e Económica), Senhora Dra. Maria Macedo (Fundação para a Ciência e Tecnologia) e Senhora Dra. Manuela Viana (Ministério da Cultura); à minha família, aos meus queridos pais pelas suas palavras meigas de encorajamento, pelo seu sacrifício em prol da minha formação, pelo seu amor verdadeiro; e aos meus amigos que me souberam ouvir em horas mais difíceis.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – *Alto Comissariado da Saúde*

ACT - *Autoridade para as Condições de Trabalho*

ADoP - *Autoridade Antidopagem de Portugal*

AICEP - *Agência para o Investimento e Comércio Externo de Portugal*

AMA - *Agência para a Modernização Administrativa*

ANMP - *Associação Nacional de Municípios Portugueses*

ANPC - *Autoridade Nacional de Protecção Civil*

ANQ - *Agência Nacional para a Qualificação*

ANSR - *Autoridade Nacional para a Segurança Rodoviária*

APA - *Agência Portuguesa do Ambiente*

ASAE - *Autoridade da Segurança Alimentar e Económica*

ASC - *Agência para a Sociedade do Conhecimento, IP*

CCIG - *Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género*

CE – *Comissão Europeia*

CECA - *Comunidade Europeia do Carvão e do Aço*

CECAC - *Comité Executivo da Comissão para as Alterações Climáticas*

CEE - *Comunidade Económica Europeia*

CNPC - *Comissão Nacional de Protecção Civil*

CPCJ - *Comissão de Protecção de Crianças e Jovens*

DGA - *Direcção Geral das Artes*

DGA - *Direcção Geral de Arquivos*

DGC- *Direcção-Geral do Consumidor*

DGIDC - *Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular*

DGLB - *Direcção-Geral do Livro e das Bibliotecas*

DGOTDU - *Direcção-Geral do Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano*

DGRN - *Direcção-Geral dos Registos e do Notariado*

DGRS - *Direcção-Geral de Reinserção Social*

DGS - *Direcção Geral da Saúde*

DGV - *Direcção-Geral de Viação*

DRE - *Direcção Regional de Educação*

DRE - *Direcção Regional de Educação*

FCT - *Fundação para a Ciência e Tecnologia*
 FDUP - *Faculdade de Desporto da Universidade do Porto*
 FPA - *Federação Portuguesa de Atletismo*
 GISAF - *Gabinete de Investigação de Segurança e de Acidentes Ferroviários*
 GNR - *Guarda Nacional Republicana*
 GPP - *Gabinete de Planeamento e Políticas do MADRP*
 I&D - *Inovação & Desenvolvimento*
 IA - *Instituto das Artes*
 IC - *Instituto do Consumidor*
 ICAM - *Instituto do Cinema e do Audiovisual*
 IDICT - *Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho*
 IDP - *Instituto do Desporto de Portugal*
 IDT – *Instituto da Droga e da Toxicodependência*
 IEFP - *Instituto do Emprego e Formação Profissional*
 IFAP - *Instituto de Financiamento da Agricultura e Pescas, I. P.*
 IMC - *Instituto dos Museus e da Conservação*
 IMTT - *Instituto da Mobilidade e dos Transportes Terrestres*
 INFM - *Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento*
 INML - *Instituto Nacional de Medicina Legal*
 INSA - *Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge*
 IPAD - *Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*
 IPJ - *Instituto Português da Juventude*
 IPTM - *Instituto Portuário e dos Transportes Marítimos*
 IRHU - *Instituto de Reabilitação e Habitação Urbana*
 ISEG - *Instituto Superior de Economia e Gestão*
 ITN - *Instituto Tecnológico Nuclear*
 ITP - *Instituto de Turismo de Portugal*
 LBP - *Liga de Bombeiros Portugueses*
 MADRP – *Ministério da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas*
 MAFA - *Ministério da Agricultura, Florestas e Alimentação*
 MAI – *Ministério da Administração Interna*
 MAOT – *Ministério do Ambiente e Ordenamento do Território*
 MC- *Ministério da Cultura*

MCT - *Ministério do Comércio e do Turismo*
MCTES – *Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior*
MDN – *Ministério da Defesa Nacional*
ME – *Ministério da Educação*
MEID – *Ministério da Economia, Inovação e do Desenvolvimento*
MFAP – *Ministério das Finanças e Administração Interna*
MJ – *Ministério da Justiça*
MNE – *Ministério dos Negócios Estrangeiros*
MOPTC – *Ministério das Obras Públicas, Transportes e Comunicações*
MPCM - *Presidência do Conselho de Ministros*
MQV - *Ministério da Qualidade de Vida*
MS – *Ministério da Saúde*
MTSS – *Ministério do Trabalho e Solidariedade Social*
OCDE – *Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico*
OMS – *Organização Mundial da Saúde*
PNS – *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*
PSP - *Polícia de Segurança Pública*
RFE - *Regime de Fruta Escolar*
SASP - *South Australia's Strategic Plan*
SdTP – *Saúde em Todas as Políticas*
SNS – *Sistema Nacional de Saúde*
UE – *União Europeia*

RESUMO

Contexto: As sociedades actuais deparam-se, cada vez mais, com problemas complexos, isto é, problemas altamente resistentes a uma solução, como por exemplo, a toxicodependência, a deficiência, o VIH/sida e a sustentabilidade dos sistemas de saúde. As abordagens utilizadas no século passado não são adequadas à resolução destes problemas, que necessitam de soluções inovadoras, de novas formas de pensar e trabalhar (Kickbusch & Buckett, 2010). Muitos dos factores causais destes fenómenos estão fora do controlo do sector da saúde. Assim, reconhecendo que os determinantes sociais da saúde são influenciados por políticas fora da exclusiva jurisdição do sector da saúde (Wismar, et al. 2006), é necessário desenvolver uma acção coordenada entre todos os sectores da sociedade que possibilite a implementação de estratégias que conduzam à obtenção de ganhos em saúde para a população. A presente investigação reconheceu o termo multidimensional de potenciais ganhos em saúde e identifica este potencial em políticas extra-sector da saúde.

Objectivos: Definiu-se como objectivo geral compreender o que foi feito pelo XVII Governo Constitucional em termos de reforçar estratégias de potenciais ganhos em saúde através de políticas extra-sector da saúde, durante o período de Março de 2005 a Outubro de 2009. Traçou-se como objectivos específicos: identificar estratégias de potenciais ganhos em saúde através de políticas extra-sector da saúde em Portugal, considerando como extra-sector os sectores contemplados nos Ministérios do XVII Governo Constitucional; e descrever o papel do Ministério da Saúde, formal e previsto na legislação, na implementação de estratégias de potenciais ganhos em saúde.

Material e Métodos: Para a concretização deste estudo recorreu-se a uma abordagem qualitativa, com um desenho de estudo de caso único e incorporado, ou seja, com múltiplas unidades de análise (Yin, 2001), sendo os dados recolhidos através de documentos e de informadores chave. As técnicas de recolha de dados utilizadas foram a análise documental e entrevistas de consulta, sendo a técnica de análise de dados a análise de conteúdo.

Resultados: Dos resultados obtidos salienta-se que foram identificadas 267 estratégias de potenciais ganhos em saúde. Relativamente à articulação observou-se que o Ministério da Saúde (MS) tem uma articulação mais evidente com o Ministério da Educação, Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, Ministério da Presidência do Conselho de Ministros, Ministério do Ambiente e Ordenamento do Território, Ministério da Justiça e o Ministério da Administração Interna. Não foi verificada uma articulação entre o MS e o Ministério das

Finanças e Administração Pública e Ministério da Defesa Nacional. É ainda descrito o papel do MS na implementação de tais estratégias.

Conclusões: Este estudo constitui um ponto de partida para futuras investigações nesta área. Foram realizados esforços no sentido de implementar a saúde em todas as políticas em Portugal, no entanto, é essencial um maior envolvimento de todos os sectores da sociedade para a concretização e sucesso de tal abordagem. Foram enunciadas algumas linhas de acção.

Palavras-chave: política pública saudável, determinantes sociais da saúde, avaliação de impacto em saúde, intersectorialidade e potenciais ganhos em saúde.

ABSTRACT

Context: Current societies face increasingly complex problems that are highly resistant to resolutions, such as drug addiction, deficiencies, HIV/AIDS and health systems sustainability. The approaches used during the last century are not suitable to resolve these problems that need innovative solutions and new ways of thinking and working (Kickbusch & Buckett, 2010). Many of the factors that cause these phenomena are not controlled by the health sector. Therefore, recognizing that the social health determinants are influenced by policies that are outside the exclusive health sector jurisdiction (Wismar, et al. 2006) makes it's necessary to develop a coordinated action between all sectors of society that allow the implementation of strategies that lead to the achievement of health benefits for the population. The present investigation recognizes the multidimensional term for potential health gains and identifies this potential in policies outside the health sector.

Objectives: We defined as a general objective to comprehend what was done by the 17th Constitutional Government in terms of reinforcing strategies in potential health gains through policies outside the health sector between the period of March 2005 and October 2009. We defined as specific objectives to identify potential health gain strategies through policies outside the health sector in Portugal, considering outside sectors the ones that are contemplated by the 17th Constitutional Government and describe the role of the Health Ministry, formal and predicted in the legislation, in the implementation of potential health gain strategies.

Materials and Methods: In order to conduct this study we used a qualitative approach with a single and incorporated case study format with multiple analysis units (Yin, 2001) and the

data collected through documents and key informants. The data research techniques used were document analysis and interview consultation while the data analysis technique was the context analysis.

Results: Of the obtained results 267 strategies were identified as potential health gains. Concerning the articulation we observed that the Health Ministry (HM) has a more evident articulation with the Ministry of Education, Ministry of Labor and Social Solidarity, Ministry of the Presidency of the Ministers Council, Ministry of Environment and Territorial Planning, Ministry of Justice and the Ministry of the Interior. However, it no articulation was verified between the HM and the Ministry of Finances and Public Administration and the Ministry of National Defense. It also described the role of the HM in the implementation of such strategies.

Conclusions: This study is a starting point for future investigations in this area. Efforts were made to implement health issues in all policies in Portugal. However, the need for a larger involvement of all sectors of society for the achievement and success of this approach is essential. Some guidelines were set out.

Key Words: public health policy; social health determinants; health impact assessment, intersector collaboration and potential health gains.

ÍNDICE

	pp.
Agradecimentos	ii
Lista de siglas e abreviaturas	iii
Resumo	Vi
Abstract	Vii
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 - Definição da problemática	1
1.2 – Contextualização	3
1.3 - Questão de investigação, objectivos geral e específicos	5
2. REVISÃO DA LITERATURA	7
2.1 - Políticas públicas saudáveis	7
2.1.1 - Enquadramento histórico e conceptual	7
2.1.2 - Oportunidades para políticas públicas saudáveis	12
2.1.3 - O papel do sector da saúde	14
2.1.4 - Barreiras à implementação de políticas públicas saudáveis	15
2.1.5 - Avaliação de impacto em saúde	18
2.2 - A implementação de políticas públicas saudáveis	19
2.2.1 – No contexto mundial	20
2.2.1.1 - A abordagem finlandesa da saúde em todas as políticas ...	20
2.2.1.2 - A abordagem sul australiana da saúde em todas as	
políticas	23
2.2.2 – No contexto regional	25
2.2.2.1 - Rede escolas promotoras de saúde	25
2.2.2.2 - Rede cidades saudáveis	27
2.3 - Modelo conceptual	29
3. MATERIAL E MÉTODOS	34
3.1 - Abordagem qualitativa	34
3.2 - Desenho de estudo	34
3.3. População e amostragem	36
3.3.1 - Amostra documental	37
3.3.2 - Amostra populacional	37

3.4. Técnica de recolha de dados	38
3.4.1. Análise documental	39
3.4.2. Entrevista de consulta a informadores chave	40
3.5. Técnica de análise de dados	41
4. RESULTADOS	43
5. DISCUSSÃO	63
6. CONCLUSÕES	70
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
8. ANEXOS	83

ÍNDICE DE TABELAS

	pp.
Tabela 1 - Intervenções desenvolvidas no âmbito do projecto “ <i>North Karelia</i> ”, adaptado de Jousilahti (2006)	21
Tabela 2 - Categorias das estratégias de potenciais ganhos em saúde dos Ministérios com e sem representação do MS	43
Tabela 3 - Estratégias de potenciais ganhos em saúde dos diferentes Ministérios com e sem representação do Ministério da Saúde	46
Tabela 4 - Matriz de articulações entre os diferentes Ministérios na implementação de estratégias de potenciais ganhos em saúde	55

ÍNDICE DE FIGURAS

	pp.
Figura 1 - Modelo Sul Australiano da SdTP: A fase de desenvolvimento, adaptado de Williams, Lawless e Parkes (2008)	24
Figura 2 - Ecossistema de determinantes sociais da saúde. Adaptado de Dahlgren e Whitehead (1991) e Ferrinho (1991)	31

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	pp.
Gráfico 1 - Número de categorias com e sem representação do Ministério da Saúde	45
Gráfico 2 - Percentagem de categorias com e sem representação do Ministério da Saúde	46
Gráfico 3 - Número total de estratégias de potenciais ganhos em saúde com e sem representação do Ministério da Saúde	53
Gráfico 4 - Percentagem de estratégias de potenciais ganhos em saúde com e sem representação do Ministério da Saúde	54

1. INTRODUÇÃO

A presente dissertação de mestrado surge na sequência dos estudos efectuados no âmbito do III Mestrado em Saúde e Desenvolvimento, promovido pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical, para a obtenção do grau académico de mestre. Importa realçar que a investigação que se apresenta foi financiada pelo Alto Comissariado da Saúde e insere-se no contexto das várias análises desenvolvidas para a elaboração do “Plano Nacional de Saúde 2011-2016”.

A introdução representa uma parte muito importante do trabalho, uma vez que constitui o início de um estudo, necessitando ser escrita com especial cuidado de modo a captar o interesse do leitor sobre o assunto em questão (Creswell, 2009¹). O seu propósito é fornecer ao leitor toda a informação necessária à compreensão do estudo (Creswell, 2009). De acordo com Mason, Wright e Luu (2008), a introdução deve demonstrar onde existe um défice no conhecimento científico disponível e de que forma a investigação realizada responde a esta lacuna. Assim, é fundamental que desenvolva o problema sob investigação, deixando claro a sua pertinência e o seu enquadramento na literatura actual (Creswell, 2009).

No sentido de responder a este desafio, o presente trabalho será constituído por seis capítulos. Na INTRODUÇÃO é identificada a problemática a estudar, a sua contextualização, a questão de investigação e os objectivos do estudo. De seguida, na REVISÃO DA LITERATURA aprofunda-se teoricamente o tema apresentando os resultados dessa revisão. Posteriormente, descreve-se qual o MATERIAL E MÉTODOS utilizados para o alcance dos objectivos definidos. Seguidamente são apresentados os RESULTADOS do estudo, estabelecendo a articulação entre os principais resultados e o corpo teórico do trabalho, designado este processo por DISCUSSÃO. A finalizar apresenta-se o capítulo das CONCLUSÕES. São enunciadas ainda as referências bibliográficas e alguns documentos de suporte em anexo.

1.1 - Definição da problemática

Como ponto de partida para esta investigação colocou-se a seguinte questão: “o que determina a saúde da população?” Segundo Fafard (2008), a resposta é variável e depende a quem é colocada. A população tende a apontar o papel dos profissionais e dos serviços de

¹ Neste estudo utilizam-se as normas da Associação Americana de Psicologia (APA) para as citações e referências bibliográficas.

saúde no combate aos problemas de saúde. No entanto, os peritos em saúde pública e alguns líderes políticos apresentam uma perspectiva diferente. Estes adoptam uma visão holística da saúde e explicam que esta é influenciada por factores como a riqueza ou a falta dela, bem como, a dieta alimentar, a actividade física, o ambiente e as condições de vida e trabalho (Fafard, 2008), isto é, por determinantes sociais da saúde² (Dahlgren & Whitehead, 1991).

Contudo, a resposta a esta questão remete para uma segunda pergunta: “o que determina os determinantes da saúde?”. Fafard (2008) encaminha a resposta para a noção de acção individual ou colectiva³, explicando que muitos dos determinantes da saúde estão sujeitos à acção colectiva sob a forma de política pública. O autor supra citado afirma que os governos pelas posições que tomam ou não, têm um impacto significativo na saúde das populações (Fafard, 2008). As políticas que definem, sejam no sector da saúde, quer sejam em outros sectores, como o da agricultura, educação, ambiente, habitação, transporte e finanças exercem um efeito significativo na saúde e bem-estar das populações (Wismar, Lahtinen, Stahl, Ollila & Leppo, 2006).

Neste sentido, reconhecendo que os determinantes sociais da saúde são influenciados por políticas fora da exclusiva jurisdição do sector da saúde (Wismar, et al. 2006), é necessário desenvolver uma acção coordenada entre todos os sectores da sociedade que possibilite a implementação de estratégias que conduzam à obtenção de ganhos em saúde para a população. A presente investigação reconheceu o termo multidimensional de potenciais ganhos em saúde⁴ e identifica este potencial em políticas extra-sector da saúde. Assim, evidencia práticas governativas que contribuem com potenciais ganhos em saúde e bem-estar na população portuguesa, enaltecendo o papel do sector da saúde na implementação das mesmas.

² Os determinantes sociais da saúde referem-se às condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham e que (CSDH, 2005). Conceito melhor definido no ponto 2.8.

³ Por exemplo, fumar ou não é uma decisão que cabe a cada indivíduo, mas estar em contacto com o fumo ou não em locais públicos é uma decisão que já não depende do indivíduo.

⁴ De acordo com Couceiro (2010), potenciais ganhos em saúde significa: a) redução de anos de vida potenciais perdidos; b) redução dos internamentos; c) redução de incapacidade temporária; d) aumento da auto-percepção positiva do estado de saúde; e) aumento da cobertura pelos cuidados de saúde primários; f) redução dos tempos de espera aos três níveis de cuidados; g) garantia da sustentabilidade dos sistemas de saúde.

1.2 - Contextualização

Portugal, país localizado no sudoeste da Europa, tornou-se Estado Membro da União Europeia (UE) em 1986. A UE é uma união supranacional económica e política de 27 Estados pertencentes à Europa que se regem de acordo com as orientações definidas pela Comissão Europeia (CE). A formulação política nos países europeus ocorre, segundo Wismar et. al. (2006), num sistema multinível (global, nacional, regional e local). Muitas políticas nacionais são co-determinadas por políticas Europeias, por exemplo a Política Agrícola Comum, é uma política definida a nível Europeu partilhada por todos os Estados Membros.

As preocupações com a saúde e protecção dos cidadãos no contexto Europeu surgem no contexto da segurança no trabalho, aquando a constituição da Comunidade Europeia do Carvão e do Aço (CECA), criada em 1951, pelo Tratado de Paris (Koivusalo, 2006). A criação da Comunidade Económica Europeia (CEE), pelo tratado de Roma, em 1957, veio reforçar esta preocupação com a saúde e segurança dos trabalhadores. Mais tarde, o Tratado de Maastricht (1992) ampliou a competência legal da Comissão Europeia no que respeita à sua contribuição para o alcance de um elevado nível de protecção da saúde (artigo 3) e protecção da saúde pública (artigo 129) (Koivusalo, 2006). A autora menciona que ao longo dos anos a UE alargou o seu espectro de intervenção de questões ligadas à saúde dos trabalhadores, para assuntos mais amplos de protecção, prevenção e promoção da saúde.

A importância da saúde em todas as políticas emergiu no Quadro de Saúde Pública, em 1993, mas foi apenas no contexto do Tratado de Amesterdão, em 1997, que a Europa definiu como prioridade assegurar um elevado nível de protecção na saúde em todas as políticas (Koivusalo, 2006), particularmente, através do artigo 152 que afirma “Um elevado nível de protecção da saúde humana deve ser assegurado na definição e implementação de todas as actividades e políticas comunitárias” (Leppo, 2008 p. 6). As falhas no contexto da segurança alimentar, especificamente, a crise da BSE (usualmente conhecida como a doença das vacas loucas) veio reforçar a importância de assegurar a protecção da saúde nos Estados Membros da União. Salienta-se a criação da DG SANCO – Direcção de Protecção da Saúde e do Consumidor – como resposta aos desafios da segurança alimentar, saúde pública, informação e protecção dos consumidores no espaço Europeu (Koivusalo, 2006).

De acordo com Koivusalo (2006), a incorporação da saúde em outras políticas e o foco nos determinantes sociais da saúde têm sido temas de preocupação de vários Estados Membros e respectivas Presidências Europeias. A partir dos anos 90 a CE trabalhou no alcance da saúde em todas as políticas, tema este que se afirmou na agenda política com a Presidência Finlandesa, em 2006. Importa realçar a importância que o desenvolvimento de ferramentas de avaliação de impacto (anos 70 e 80), inclusivamente, avaliação de impacto em saúde, nos finais dos anos 90, teve para a avaliação dos possíveis efeitos de acções e medidas implementadas pelos governos (Koivusalo, 2006). Posteriormente, os atentados de 11 de Setembro, nos Estados Unidos da América, reforçaram as políticas de protecção de saúde e a definição de planos de contingência de modo a prevenir futuros ataques. Desta forma, Koivusalo (2006) explica que a ameaça de terrorismo e a pandemia da gripe das aves (SARS) foram acontecimentos que contribuíram para o estabelecimento do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças e para a preparação de medidas de emergência em saúde pública a nível Europeu.

Recentemente, a elaboração da Estratégia Europeia em matéria de Saúde (Livro Branco: Juntos para a Saúde: uma abordagem estratégica para a EU (2008-2013) foi um marco importante na adopção da saúde em todas as políticas, que se afirma com um dos seus 4 princípios estratégicos (Comissão das Comunidades Europeias, 2007). Na verdade, os Estados Membros da UE alcançaram níveis nunca antes vistos de saúde e de riqueza. Nas últimas décadas, a esperança de vida subiu substancialmente e os cidadãos europeus vivem mais tempo e com melhor saúde do que há vinte anos atrás (Wismar, et al. 2006). No entanto, importa ressaltar que as iniquidades em saúde entre os grupos mais ou menos privilegiados, dentro e entre os países, têm persistido e até mesmo aumentado (WHO, 2009).

Portugal teve um papel preponderante durante as suas presidências na EU, especificamente, no primeiro semestre de 1992, em que prestou atenção à questão da saúde em todas as políticas (Koivusalo, 2006); no primeiro semestre de 2000, com a adopção da Resolução do Conselho de acção sobre os determinantes da saúde (Koivusalo, 2006); e no segundo semestre de 2007, com a adopção da Estratégia de Lisboa pelo Conselho Europeu, que reconheceu a necessidade de assegurar um alto nível de protecção da saúde como estratégia para a competitividade da economia europeia enfrentar os desafios da globalização (Alto Comissariado da Saúde, 2009).

Por outro lado, acontecimentos como: a adesão de Portugal ao Tratado de Amesterdão, em 1997; a inclusão da abordagem da saúde em todas as políticas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010; e a criação da Comissão de Acompanhamento do PNS, em 2007, cujo objectivo é o de desenvolver mecanismos para assegurar a transversalidade da política da saúde em outras políticas internas do país (Alto Comissariado da Saúde, 2009), são iniciativas que demonstram empenho dos governantes na implementação de políticas que maximizem os ganhos em saúde.

De facto, os indicadores nacionais de saúde pública demonstram que houve melhorias notáveis na saúde da população. Tal facto deveu-se por um lado, às reformas e políticas de saúde que evoluíram de forma considerável nos últimos anos, nomeadamente, com a criação do Sistema Nacional de Saúde e o aumento do acesso aos cuidados de saúde, por outro lado, às melhorias gerais das condições socioeconómicas do país (Biscaia, Martins, Carreira, Gonçalves, Antunes & Ferrinho, 2008). Contudo, Portugal apresenta também elevadas taxas de pobreza e exclusão social que se traduzem em iniquidades em saúde (Biscaia, et al, 2008), sofridas principalmente por grupos populacionais desfavorecidos.

Num contexto onde as nações encontram, cada vez mais, problemas complexos, isto é, problemas altamente resistentes a uma solução⁵ (Kickbusch & Buckett, 2010), como por exemplo, o alcoolismo e a toxicodependência, a deficiência e o VIH/sida (problemas de saúde) (Pinto, 2010), ou a sustentabilidade dos sistemas de saúde (problemas de saúde estruturais) torna-se imperativo encontrar soluções inovadoras, soluções que requerem novas formas de pensar e trabalhar (Kickbusch & Buckett, 2010).

1.3 - Questão de investigação, objectivos geral e específicos

A questão de investigação que se levanta é: *Qual foi o contributo de políticas públicas potencialmente saudáveis, implementadas pelo XVII Governo Constitucional, entre o período de Março de 2005 a Outubro de 2009, para o reforço de estratégias de obtenção de ganhos em saúde na população portuguesa?*

⁵ Problemas complexos são, segundo Kickbusch e Buckett (2010), problemas difíceis de definir, socialmente complexos, multi-causais e com muitas interdependências, não têm clara solução e não são da responsabilidade de uma organização ou departamento governamental.

O objectivo geral do estudo é compreender o que foi feito pelo XVII Governo Constitucional em termos de reforçar estratégias de potenciais ganhos em saúde através de políticas extra-sector da saúde, durante o período de Março de 2005 a Outubro de 2009.

Os objectivos específicos são:

- Identificar estratégias de potenciais ganhos em saúde através de políticas extra-sector da saúde em Portugal, considerando como extra-sector os sectores contemplados nos Ministérios do XVII Governo Constitucional;
- Descrever o papel do Ministério da Saúde, formal e previsto na legislação, na implementação de estratégias de potenciais ganhos em saúde.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 - Políticas públicas saudáveis

Neste capítulo define-se o que são políticas públicas saudáveis e apresenta-se alguns elementos necessários à sua compreensão, nomeadamente, oportunidades de implementar melhores políticas públicas, o papel do sector da saúde na implementação das mesmas, a definição de algumas barreiras que poderão surgir na sua implementação e a avaliação de impacto em saúde.

2.1.1 - Enquadramento histórico e conceptual

A utilização comum do termo “políticas públicas saudáveis” é um fenómeno relativamente recente. O conceito de políticas públicas saudáveis surgiu no século XX, associado a uma tomada de consciência de que as condições sociais e políticas tinham um impacto, positivo ou negativo, na saúde das populações (WHO, 1948; cit por Metcalfe & Higgins, 2008). Por outras palavras, houve um reconhecimento de que a saúde e o bem-estar eram influenciados por determinantes que estavam para além do exclusivo domínio do sector da saúde (Gagnon, Turgeon & Dallaire, 2007).

A discussão em torno do conceito iniciou-se nos anos 70 (Kickbusch, 2008), década de transformação no modo como se encarava a saúde e os sistemas de serviços de saúde (Sakellarides, 2006). A Conferência de Alma-Ata, em 1978, veio reafirmar a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade⁶ – como um direito humano fundamental, salientando a necessidade de acção conjunta entre os diversos sectores para a consecução do mais elevado nível de saúde para todos – “saúde para todos no ano 2000” (WHO, 1978). Neste contexto, emerge o termo “acção intersectorial para a saúde”, definido como uma acção coordenada que pretende melhorar a saúde e a equidade em saúde das populações (Sihto, Ollila, Koivusalo, 2006). Com a base do conceito de políticas públicas saudáveis em processo de definição, os anos 80 são então caracterizados pelo aprofundamento da sua compreensão e implementação (Ayers, 1988).

⁶ Salienta-se que neste trabalho adoptou-se o conceito de saúde tal como foi definido pela OMS aquando da sua constituição: “bem-estar para além da ausência de doença”.

O termo políticas públicas saudáveis surge na Conferência de Ottawa, em 1986, quando se reconheceu a construção destas políticas como um pilar fundamental para o desenvolvimento de comunidades socialmente justas e equitativas (WHO, 1986). Esta carta identificou a adopção de políticas públicas saudáveis como uma das cinco estratégias⁷ destinadas a promover a saúde (WHO, 1986). Realçou o facto de a saúde ser criada no contexto da vida quotidiana (Kickbusch, 2008) e expandiu o conceito de determinantes da saúde de modo a incluir os desafios ambientais e o empoderamento das pessoas, isto é, considerou factores para além dos determinantes clássicos da saúde (Kickbusch, 2010).

Segundo Leppo (2008) estas políticas tinham como principais objectivos: colocar a saúde na agenda dos formuladores de políticas de todos os sectores; combinar abordagens diversas e complementares, incluindo legislação, medidas fiscais e mudança organizacional; identificar obstáculos à implementação de políticas públicas saudáveis em sectores que não o da saúde e formas de os ultrapassar; e fazer da opção saudável a escolha mais fácil também para os políticos.

Dois anos mais tarde, o conceito foi tema central na Conferência de Adelaide que as considerou serem caracterizadas por “... uma preocupação explícita para a saúde e equidade em todas as áreas políticas ...” (WHO, 1988, p. 1). Destacou-se também a importância e necessidade dos decisores políticos, em diferentes sectores, tomarem consciência do potencial impacto das suas decisões na saúde e equidade das populações (WHO, 1988).

O tema regressou recentemente à agenda política devido a uma reformulação do conceito introduzida pela Presidência Finlandesa na Comunidade Europeia, em 2006 – “saúde em todas as políticas”. A saúde em todas as políticas é uma estratégia transversal que propõe uma intervenção pública nos determinantes da saúde, com vista à obtenção de ganhos em saúde do indivíduo e da população (Sihto, Ollila & Koivusalo, 2006). Este termo derivou do Tratado de Amesterdão, adoptado pelos Estados Membros em 1997, mais especificamente do artigo 152. A aplicação deste artigo permite aos Estados Membros a capacidade de melhorar a saúde e a sua distribuição equitativa, através de uma acção nos determinantes da saúde.

⁷ Sendo as outras 4 estratégias: criar ambientes favoráveis; reforçar a acção comunitária; desenvolver competências pessoais; reorientar os serviços de saúde. As políticas públicas saudáveis devem ser implementadas em concertação com estas estratégias de modo a serem totalmente eficazes (Kickbusch, 2010).

Apesar do foco deste estudo serem as políticas públicas saudáveis, ao longo do capítulo foram introduzidos outros conceitos, nomeadamente a “acção intersectorial para a saúde” e a “saúde em todas as políticas”. Tal facto, sucede pela necessidade de demonstrar a evolução cronológica dos termos e suas semelhanças, pois embora tenham raízes diferentes, como se pode constatar, todos partilham a visão de quão importante é integrar considerações da saúde em políticas de outros sectores (Sihto, Ollila & Koivusalo, 2006). Leppo (2008) afirma que os conceitos têm significados idênticos, pois examinam a saúde da população numa perspectiva alargada dando atenção aos determinantes da saúde e sua distribuição, e por essa razão podem ser utilizados em simultâneo.

O termo políticas saudáveis surge estritamente relacionado com o aumento da consciência ambiental e ecológica (Labonte, 1993, cit. por Sihto, Ollila & Koivusalo, 2006). O paradigma ecológico parte do pressuposto que o ambiente exerce efeitos significativos nos seres humanos, sendo necessário analisar o impacto das influências ambientais, contextualizando as questões e os problemas que os indivíduos enfrentam, a níveis mais abrangentes de análise (Ornelas, 2008). A perspectiva ecológica da saúde realça que o contexto no qual as pessoas vivem e se relacionam é fortemente influenciado por políticas públicas que direccionam e condicionam o conjunto de possibilidades de escolha dos seres humanos e, por essa razão, são óptimas estratégias para criar condições que fomentam a saúde (Milio, 1988).

Os efeitos das medidas e acções implementadas podem, por um lado, agir directamente como factores constrangedores ou promotores da saúde e, por outro, reflectir-se no ambiente físico e social que, por sua vez, influencia o indivíduo na escolha ou não de opções saudáveis (Tones & Green, 2004). Neste sentido, os decisores políticos devem tornar as opções saudáveis nas mais fáceis (por exemplo, nas mais baratas) e dificultar as opções menos saudáveis (por exemplo, torná-las mais caras) (Milio, 1988).

O principal propósito de uma política pública saudável é então “... criar um ambiente favorável que permita às pessoas “viverem” vidas saudáveis. Tal política torna opções saudáveis possíveis e fáceis para os cidadãos. Criam ambientes sociais e físicos comprometidos com a saúde.” (WHO, 1988, p. 1). Pode-se assim afirmar que o objectivo central da política pública saudável é contribuir para que toda a actividade do governo coopere para o desenvolvimento do mais alto nível de saúde na população (Droper, 1988).

As políticas públicas saudáveis para serem efectivas devem ter, por um lado, um âmbito multisectorial e, por outro, uma estratégia colaborativa, ou seja, devem envolver todos os sectores governamentais e não apenas o da saúde e estar ligadas ao poder central e a outros níveis de governação, como o regional e o local (Milio, 1988). Contudo, é necessário destacar que a cooperação não deve apenas ficar pelo poder central, mas envolver, também, as organizações comunitárias, o sector privado e o terceiro sector (Puska & Stahl, 2010). Só assim, se alcançará todo o potencial que a implementação destas políticas representa. Interessa ainda realçar que a ausência de colaboração entre os sectores tem como consequência “... a saúde precária evitável não é evitada” (OMS, 2008, p. 76).

Segundo Droper (1988), as políticas públicas saudáveis são constituídas por quatro características principais: um forte compromisso com a equidade social, pois pretendem a redução das diferenças no estado de saúde entre os grupos populacionais; o reconhecimento da importância do ambiente económico, social e físico como determinantes da saúde; a facilitação da participação pública no processo político; e por último, a cooperação dos diversos sectores governamentais para a sua implementação. Milio (1986; in Tones & Green, 2004) considera que a política pode apoiar a saúde através de formas muito diversificadas, por exemplo: políticas fiscais e monetárias, podem auxiliar através de rendimentos e incentivos; políticas de regulamentação, através de estritas normas económicas e ambientais; políticas de fornecimento de bens e serviços, pelo acesso e disponibilidade de serviços essenciais; políticas de apoio à participação e envolvimento cívico; e políticas que incentivem a investigação, desenvolvimento, informação e educação.

Delaney (1994; cit. por Tones & Green, 2004) faz uma distinção entre a política que é “problemática para a saúde” e a política que é a “solução para a saúde”. A primeira foca-se na identificação de políticas com impactos negativos no estado de saúde, isto é, tem em consideração os efeitos adversos que criam à população. Os decisores políticos podem, muitas vezes, não estar conscientes das consequências adversas que as suas decisões podem ter na saúde, razão essa, que reforça a importância da colaboração intersectorial (OMS, 2008). A segunda é relativa à utilização de políticas que combatam os problemas e criem condições favoráveis à saúde (Delaney, 1994; cit. por Tones & Green, 2004). Por vezes, são desenvolvidas políticas que contribuem positivamente para a saúde, contudo, não foram

(inicialmente) delineadas com tal propósito (OMS, 2008). Desta forma, torna-se fundamental que as “boas práticas governativas” sejam realçadas de forma a informar e influenciar a tomada de decisão dos políticos.

O potencial para políticas públicas saudáveis pode ser atingido quando os demais sectores governamentais e não governamentais desenvolverem uma consciência e responsabilidade pública para a saúde e, em articulação com o sector da saúde, implementarem políticas que potenciem ganhos em saúde para a população. Para tal, é fundamental que se estabeleça um diálogo e acção intersectorial.

Apesar de serem conhecidos os benefícios e o baixo custo relativo à implementação de melhores políticas públicas, o seu potencial permanece ainda sub-utilizado (OMS, 2008). Diversas razões são referidas como causa desse sub-investimento, nomeadamente: 1) a falta de evidência e informação sistematizada relativa a intervenções efectivas para corrigir, por exemplo, as desigualdades em saúde; 2) a associação de políticas públicas a tomadas de posição reconhecidamente impopulares, por exemplo, a tributação de bebidas alcoólicas; 3) a pouca visibilidade de certas políticas públicas, por exemplo, a adopção de medidas que contribuam para uma produção alimentar mais segura; 4) o bloqueio activo dos lóbis, por exemplo, os esforços da indústria tabaqueira em limitar o controlo do tabaco (OMS, 2008). Por outro lado, o facto dos ciclos eleitorais terem uma duração de 2 a 4 anos leva a que os decisores políticos valorizem políticas que conduzam a benefícios visíveis e imediatos, menosprezando aquelas que têm resultados em horizontes temporais de 20/40 anos, como por exemplo, as medidas de protecção ambiental (OMS, 2008).

A gestão de crise, os planos com horizontes limitados, a ausência de sistematização de evidência, os acordos intersectoriais pouco claros, os conflitos de interesses e os modelos de governação do sector da saúde pouco adequados ao contexto, foram constrangimentos identificados pela OMS (2008), que tornaram urgente o desenvolvimento de políticas compreensivas, de modo a concretizar o potencial investido em acções de saúde pública, assunto este abordado no próximo ponto.

2.1.2 - Oportunidades para políticas públicas saudáveis

O Relatório Mundial de Saúde, da OMS (2008), faz referência a três elementos indispensáveis à implementação de melhores políticas públicas, sendo eles: melhor formação e evidência; um cenário institucional em mudança; e acções de saúde equitativas e eficientes.

A análise realizada ao primeiro elemento demonstra que, apesar de existirem fortes indicações de que melhores políticas públicas contribuem com ganhos em saúde, a informação sistematizada sobre políticas públicas efectivas, seus resultados e custo-efectividade é surpreendentemente diminuta. Segundo a OMS (2008), existe informação sobre a relação entre determinados comportamentos e respectivos resultados de saúde. Um exemplo ilustrativo é a inadequada dieta alimentar, com excesso de consumo de gorduras, maior determinante do colesterol que, por sua vez, é o maior factor de risco associado às doenças cardiovasculares (Jousilahti, 2006). Porém, pouco conhecimento existe sobre como efectuar mudanças comportamentais de base populacional, de forma sistemática e sustentável (OMS, 2008).

Factores como: os prazos para a obtenção de resultados; a complexidade da causalidade multifactorial da doença e dos efeitos das intervenções; a falta de dados; os problemas metodológicos, abrangendo a aplicação de critérios para a avaliação de métodos clínicos; e a diversidade de perspectivas entre os envolvidos, são apontados como obstáculos à produção de evidência (OMS, 2008). Apesar das dificuldades, têm sido realizados grandes progressos no que respeita ao aumento da produção de evidência que sustente a decisão dos políticos.

Duas vias são mencionadas para reforçar as bases de conhecimento: deve-se aumentar o número de revisões sistemáticas de intervenções críticas e a sua avaliação e devem-se disponibilizar ferramentas de avaliação de impacto na saúde e na equidade em saúde, de forma a acelerar a produção de documentação e a avaliação de abordagens de governação (OMS, 2008). As ferramentas de avaliação de impacto, embora em fase de desenvolvimento em muitos países, têm uma enorme utilidade quer no apoio à tomada de decisão de melhores políticas públicas, quer no apoio estratégico ao desenvolvimento do diálogo intersectorial. Observa-se um aumento no uso de evidências, contudo, reconhece-se a necessidade de existir mais comunicação sobre os possíveis benefícios de políticas saudáveis. Neste sentido, a boa comunicação e a produção de evidência sistematizada sobre “boas práticas” e os seus

possíveis benefícios para a saúde, vão permitir que os decisores políticos de outros sectores tenham conhecimento das consequências das suas políticas na saúde e no bem-estar das populações (OMS, 2008).

Relativamente ao segundo elemento, um cenário institucional em mudança, a OMS (2008) refere que emergem novas oportunidades ao nível da capacidade institucional para o desenvolvimento de políticas públicas. A capacidade instalada nos Institutos Nacionais de Saúde Pública e seus similares, por vezes, não responde às exigências que o processo de desenvolvimento de políticas públicas requer (OMS, 2008). A complexidade presente nas políticas públicas exige mais conhecimento técnico que, por sua vez, distribui-se por um maior número de instituições, originando assim uma mudança no cenário institucional. Tal facto resulta na dispersão do financiamento por um maior número de organismos diferentes e numa rede de competências mais complexa e difusa, mas também mais rica. Uma força de trabalho altamente diversificada e especializada e um reforço institucional multicêntrico são oportunidades únicas para aperfeiçoar a capacidade de desenvolver melhores políticas públicas.

Por último, em relação ao terceiro elemento, acções de saúde equitativas e eficientes, a OMS (2008) menciona que o fenómeno da globalização traz mudanças significativas na definição das políticas públicas nacionais. Explica que, se por um lado, existe a tendência dos países definirem as suas políticas em fóruns internacionais, por outro, as responsabilidades da saúde e de serviços sociais são delegadas para um nível local. Contextos estes que, na maioria das vezes, não têm influência na decisão de estratégias que afectam os determinantes da saúde, uma vez que, são tomadas a um nível global (Sihto, Ollila & Koivusalo, 2006; OMS, 2008).

Desta forma, sugerem o desenvolvimento de um diálogo e acção intersectorial para responder aos desafios de uma saúde cada vez mais global e interdependente. De acordo com a OMS (2008), o desafio passa por assegurar redes de governação inclusivas, onde todos os actores e sectores tenham representação e as necessidades/ procuras locais sejam ouvidas; e responsáveis, onde os valores da igualdade e justiça social sejam colocados em prática. A saúde surge, gradualmente, como um factor a ter em consideração nos acordos internacionais. Factor este que exige do sector da saúde dinamismo e liderança na procura de respostas às necessidades de protecção da saúde nas comunidades. O sector da saúde tem um papel

fundamental na promoção do diálogo e da acção intersectorial, no entanto, o seu papel deve ser adaptado aos diferentes desafios e situações, assunto este abordado no ponto seguinte.

2.1.3 - O papel do sector da saúde

A implementação efectiva de políticas públicas saudáveis requer a definição do papel e das responsabilidades do sector da saúde. A revisão da literatura permitiu compreender que este sector pode adoptar quatro posições chave para o desenvolvimento da acção intersectorial: liderança; suporte; parceria; e/ou defesa (Public Health Agency of Canada, 2007).

Explorando cada uma das dimensões mencionadas anteriormente, compreende-se que este deve ter uma posição de **liderança** no planeamento e implementação da acção intersectorial quando possui mais conhecimento, experiência e controlo sobre as estratégias que os restantes sectores. Por exemplo, quando se pretende melhorar o acesso aos cuidados de saúde ou delinear programas de prevenção de doenças transmissíveis (Public Health Agency of Canada, 2007). Quando o sector da saúde não tem controlo sobre as estratégias e os recursos necessários para as implementar, deve tomar uma posição de **suporte**. Uma situação ilustrativa é os programas de promoção da saúde nas escolas, onde este sector deve apoiar o sector da educação no desenvolvimento dos referidos programas (Public Health Agency of Canada, 2007). Por outro lado, quando o sector da saúde não controla os meios para implementar as estratégias, nem possui conhecimento específico sobre como as actividades devem ser levadas a cabo, deve adoptar uma posição de **parceiro**. Por exemplo, quando as estratégias estão relacionadas com os determinantes sociais da saúde (emprego, educação, pobreza, entre outros) da responsabilidade directa de outros sectores. Por fim, quando o sector da saúde avalia os impactos na saúde de políticas de outros sectores pode tomar uma posição de **defensor**. Um exemplo ilustrativo, bem documentado na literatura, é o da legislação anti-tabaco propício a tensões e conflitos com os parceiros económicos e industriais, mas onde o sector da saúde se afirma como defensor da saúde (Public Health Agency of Canada, 2008).

No entanto, Ollila, Lahtinem, Melkas, Wismar, Stahl e Leppo (2006) ressaltam que o sector da saúde deve, primeiramente, fortalecer a sua capacidade interna para, posteriormente, ter competência para desempenhar as posições referidas. Assim, afirmam que este sector precisa de ter capacidade institucional em termos de recursos humanos e de desempenhar funções nos vários níveis da administração pública (Ollila et. al., 2006).

A evidência demonstra ainda que o sector da saúde deve incluir na sua abordagem: a) o entendimento das agendas políticas de outros sectores; b) a disponibilização de conhecimento e evidência sobre opções políticas e estratégias; c) a avaliação de consequências na saúde de opções políticas; d) a criação de plataformas para promover o diálogo com outros sectores; e) a avaliação da efectividade da acção intersectorial e o desenvolvimento de políticas integradas; f) o fortalecimento da capacidade institucional através de mecanismos, recursos e competências; g) e o trabalho conjunto com outros sectores no sentido de alcançar os seus objectivos e promover a saúde e o bem-estar da população (International Meeting on Health in All Policies, 2010).

Neste sentido, é importante que o sector da saúde reavalie constantemente o seu papel na construção da acção intersectorial e tenha capacidade de se adaptar a diferentes contextos políticos. Este deve ser capaz de distinguir ganhos a curto, médio e longo prazo e estar preparado para tomar decisões sobre que estratégias adoptar. Evitar situações de conflito e contornar barreiras que possam surgir na implementação de políticas saudáveis deve ser um dos seus propósitos. Deste modo, o próximo capítulo retrata algumas barreiras à implementação de políticas saudáveis.

2.1.4 - Barreiras à implementação de políticas públicas saudáveis

A consulta de diversos relatórios nesta área demonstra que existe um aumento de evidência relativa a intervenções de sucesso, no entanto, verifica-se que em muitas situações persiste uma falha na implementação efectiva destas estratégias. Desde a intenção até à aplicação destas medidas há um longo e penoso caminho a percorrer. O conhecimento das barreiras à implementação de políticas saudáveis é essencial, na medida que capacita o sector da saúde a desenvolver estratégias que vão permitir contorná-las. Desta forma, apresentam-se algumas das dificuldades identificadas na literatura:

- **O diferente enquadramento estratégico dos vários sectores.** De facto, existem sectores que pela sua actividade têm objectivos estratégicos que vão ao encontro dos interesses da saúde. No sector do ambiente, trabalho, segurança social e educação a obtenção de ganhos mútuos é comum e situações de “vencedor-vencedor” (quando ambas as partes saem a ganhar), são encontradas mais facilmente (Sihto, Ollila & Koivusalo, 2006; Public Health Agency of Canada, 2007). Contudo, em sectores onde

os interesses são contrastantes, inclusivamente o das finanças, informação e comunicação, indústria, agricultura, transportes e tecnologia a implementação destas estratégias é complexa e exige mais trabalho, acção e pressão por parte do sector da saúde (Sihto, Ollila & Koivusalo, 2006; Public Health Agency of Canada, 2007). Os autores identificam várias razões justificativas dessa falta de colaboração. Salientam que, por vezes, o sector da saúde tem um envolvimento limitado em iniciativas cujos resultados em saúde se traduzem em objectivos secundários, isto é, não são o foco da iniciativa (Public Health Agency of Canada, 2007).

- **A falta de intersectorialidade das políticas públicas.** Os sectores podem contribuir positivamente na implementação de políticas públicas que visam a melhoria dos determinantes da saúde. Porém, quando o fazem isoladamente o esforço é redobrado e os resultados em saúde poderiam ser melhores que os alcançados. Por exemplo, o sector da educação pode garantir uma melhor alimentação nas escolas, contudo, sem uma acção intersectorial, os benefícios criados por este sector não terão uma continuidade, pois as escolhas alimentares das crianças em casa são condicionadas por políticas de outros sectores: os horários de trabalho dos pais, o rendimento disponível para uma alimentação saudável, entre outras (Sihto, Ollila & Koivusalo, 2006).
- **O custo das estratégias que visam a obtenção de ganhos em saúde.** Os autores chamam a atenção para a despesa destas medidas e afirmam que, se elevada e se influenciar negativamente o custo das estratégias de outro sector, enfrentarão problemas de implementação. A promoção da saúde e a prevenção da doença não são estratégias do interesse de todos e se adoptadas sem o real compromisso das partes, isto é, das instituições/ organismos envolvidos na implementação das mesmas, a saúde em todas as políticas permanecerá na prática ineficiente. Geralmente, é dada maior importância aos custos imediatos que certas medidas podem ter – por exemplo, a proibição de fumar em restaurantes - do que aos seus benefícios a médio-longo prazo. Para além disso, o impacto destas medidas é moroso e difícil de quantificar, levando a acreditar que os custos e proveitos das intervenções focalizadas no tratamento são mais fáceis de alcançar, do que as políticas centradas em mudanças mais amplas (Sihto, Ollila & Koivusalo, 2006).
- **O nível de acção pública.** A política local não é significativa a menos que a sua implementação seja dada a níveis mais abrangentes de decisão política. Isto implica que a promoção de agendas de saúde local tem um impacto limitado se os

determinantes de outras políticas forem definidos a nível regional, nacional ou global. Desta forma, é importante que a saúde em todas as políticas seja reconhecida ao nível europeu e em políticas europeias que abordem assuntos como mercados internos e normas de comercialização. O direito de implementar políticas públicas tem de estar no mesmo patamar dos direitos comerciais das corporações. Sihto, Ollila e Koivusalo, (2006) mencionam que as corporações europeias ajustam facilmente os seus produtos aos diferentes padrões de regulação e que, é importante aprender o potencial para a melhoria e inclusão das melhores práticas de saúde pública no processo regulamentar comum europeu.

- **A facilidade de combater certos problemas e a dificuldade de alcançar outros.** Por se verificar que certos problemas exigem uma atenção constante e a longo prazo é necessário enaltecer a importância da continuidade e do “*follow-up*” para não caírem em esquecimento. Os impactos na saúde de uma mudança política não são necessariamente directos e imediatos, mas podem tornar-se evidentes posteriormente. Medidas voluntárias e campanhas podem combater certos problemas muito facilmente, mas podem ser intervenções limitadas para lidar com outros problemas. Por exemplo, a redução das iniquidades em saúde requer uma abordagem diferente da utilizada para resolver outro problema de saúde. Perspectivas sustentáveis e a longo prazo são fundamentais na saúde em todas as políticas, assim como, assegurar que um elevado nível de conhecimento, competência e continuidade no trabalho são mantidas (Sihto, Ollila & Koivusalo, 2006).
- A tendência do próprio sector da saúde considerar a colaboração como “**tentativas essencialmente simbólicas de obter apoio de outros sectores para serviços de saúde**” (OMS, 2008, p. 74). Por vezes, a acção intersectorial não contempla a melhoria das políticas dos demais sectores, mas sim a instrumentalização dos seus recursos para benefício das suas actividades. Contudo, a lógica das políticas públicas saudáveis segue um método diferente, pois não pretende resolver um problema de saúde específico, mas pelo contrário, procura em conjunto contributos intersectoriais para a sua solução. Assim, o processo parte da identificação dos efeitos das políticas dos diferentes sectores na saúde (agricultura, transportes, trabalho, educação, habitação, entre outros) e, posteriormente, tendo em consideração os objectivos estratégicos de cada um deles, conseguir que estes contribuam para o bem-estar e a saúde das populações (OMS, 2008).

Foram mencionadas algumas barreiras à implementação de políticas saudáveis. Um estudo mais aprofundado poderá evidenciar dificuldades na implementação da acção intersectorial para a saúde a outros níveis de governação, inclusivamente o regional e local. O desenvolvimento do ponto seguinte deste trabalho disserta sobre como podem as medidas e acções políticas ser avaliadas, referindo a importância do desenvolvimento de ferramentas que possibilitem esta avaliação.

2.1.5 - Avaliação de impacto em saúde

Como mencionado em capítulos anteriores, as decisões e acções tomadas em diferentes áreas têm impactos, negativos ou positivos, na saúde da população, razão que torna necessário ter em consideração as políticas de diferentes sectores (Santos & Miguel, 2009). Actualmente, existem metodologias que avaliam o impacto⁸ que as políticas e medidas têm na saúde da população, permitindo aos Governos aperfeiçoar as suas acções no campo das políticas públicas.

A avaliação de impacto em saúde é um instrumento que permite realizar uma avaliação sistemática dos perigos e oportunidades que determinada política ou projecto representa (Quigley, den Broeder, Furu, Bond, Cave & Bos, 2006), através do seu potencial impacto nos determinantes sociais da saúde (Santos & Miguel, 2009). Desta forma, constitui uma ferramenta fundamental para o processo de tomada de decisão e, consequentemente, para a formulação e implementação de políticas públicas saudáveis. A avaliação de impacto em saúde pode ser definida como a “combinação de procedimentos, métodos e ferramentas através dos quais uma política, programa ou projecto pode ser julgado de acordo com os seus potenciais efeitos na saúde da população, bem como a distribuição de tais efeitos na população⁹” (WHO, 1999, p. 4).

De forma geral, pode-se afirmar que a avaliação de impacto em saúde visa aumentar o conhecimento sobre o potencial impacto de determinada política ou programa, informar os decisores e as pessoas afectadas e facilitar o ajustamento das políticas de forma a minimizar

⁸ Impactos na saúde são entendidos como os efeitos directos ou indirectos de uma política, estratégia, programa, projecto na saúde da população.

⁹ Tradução livre.

os potenciais efeitos negativos e maximizar os positivos (WHO, 1999). Esta metodologia pode contribuir para a erradicação da pobreza e o desenvolvimento sustentável do país, uma vez que proporciona escolhas e decisões políticas baseadas em evidência (Santos & Miguel, 2009). Importa ainda realçar que o impacto das políticas e projectos na saúde das populações pode ser directo, mas também indirecto, através dos sistemas de saúde. A avaliação de impacto nos sistemas de saúde examina os efeitos da política ou programa nas organizações, isto é, na forma como os cuidados de saúde estão organizados e distribuídos, conduzindo por isso a impactos ao nível da saúde da população (HLG/ HIA, 2004).

Neste sentido, parece oportuno e indispensável que a avaliação de impacto em saúde e nos sistemas de saúde seja desenvolvida em Portugal e faça parte integrante da avaliação realizada nos diferentes sectores, uma vez que constitui uma ferramenta de informação à tomada de decisão política. Tal instrumento irá facilitar os decisores políticos a implementarem melhores políticas públicas, isto é, políticas mais saudáveis (Santos & Miguel, 2009).

Ao longo deste capítulo foram introduzidos alguns elementos teóricos que estruturam este estudo, iniciando-se, a partir daqui, um novo, que descreve quatro exemplos da implementação de políticas públicas saudáveis, dois a nível mundial e dois a nível regional.

2.2 - A implementação de políticas públicas saudáveis

A implementação de políticas públicas saudáveis representa um desafio para os líderes políticos a todos os níveis de governação. Existem muitos casos de sucesso, apesar dos constrangimentos. Verifica-se que cada vez mais países têm demonstrado progressos no enquadramento de políticas públicas saudáveis nas suas estratégias nacionais de saúde (Machaqueiro, Cortes & Nicola, 2010; Public Health Agency of Canada, 2008) e/ ou até mesmo a nível local, através de organizações de base comunitária que trabalham directamente com grupos marginalizados, utilizando abordagens de desenvolvimento comunitário (Public Health Agency of Canada, 2008). Neste sentido, enunciam-se quatro exemplos de implementação de políticas públicas saudáveis, sendo que os dois primeiros reportam a implementação destas políticas a nível nacional, com duas abordagens diferentes e os últimos dois referem-se à implementação de políticas públicas saudáveis a nível regional.

2.2.1 – No contexto mundial

A revisão da literatura evidencia que existe um compromisso dos governos na implementação da saúde em todas as políticas e que este tem-se verificado não só na Europa, mas um pouco por todo o mundo (Adelaide Statement on Health in All Policies, 2010). Como referido nos capítulos anteriores, alguns acontecimentos pressionaram os governos a adoptar a saúde em todas as políticas (SdTP), nomeadamente, a complexidade dos problemas que as sociedades contemporâneas enfrentam, a insustentabilidade dos sistemas de saúde derivada, em grande parte, pela epidemia das doenças crónicas cujos factores causais estão fora do controlo do sistema de saúde (Kickbush & Buckett, 2010) e, também, o aumento do debate sobre este tema, com o desenvolvimento de conferências e colóquios internacionais, que apelaram à promoção da saúde através do envolvimento de todos os sectores e organizações da comunidade. Desta forma, evidencia-se a implementação da SdTP em dois contextos distintos – finlandês e australiano.

2.2.1.1 - A abordagem finlandesa da saúde em todas as políticas

A implementação da saúde em todas as políticas na Finlândia teve início com o desenvolvimento do projecto *North Karelia*, em 1972. Naquela época, a população masculina da província do *North Karelia* apresentava a taxa mais elevada de mortalidade por doenças cardiovasculares no mundo. A ingestão de alimentos ricos em gordura saturada e sal, a pobre ingestão de fruta e vegetais e a alta prevalência de fumadores, foram os principais factores responsáveis pelos elevados níveis de colesterol e pressão sanguínea na população (Puska & Stahl, 2010). Deste modo, com o objectivo de reduzir a mortalidade e morbilidade por doença cardiovascular, foi implementado o projecto *North Karelia*, que contou com a colaboração das autoridades locais e nacionais, peritos de saúde pública e da OMS (Jousilahti, 2006).

A intervenção visava a mudança geral dos estilos de vida, especialmente, os relacionados com os hábitos alimentares e o consumo de tabaco, através de uma acção na comunidade que incluía não só a colaboração com os serviços preventivos, como também, a participação das organizações comunitárias, do sector privado e dos decisores políticos. A ideia principal era a transformação do contexto social, físico, político e ambiental, através da implementação de uma acção intersectorial (Puska & Stahl, 2010).

Paralelamente, foi estabelecida a nova lei de saúde pública, que enalteceu a importância dos cuidados de saúde preventivos. Esta lei criou um sistema de serviços de saúde direccionado para os cuidados preventivos e um sistema financeiro igualitário, facilitando o acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos, independentemente da sua situação socioeconómica ou local de residência. A nova lei fomentou, também, a colaboração do sector da saúde com os restantes sectores governamentais, facilitando a acção intersectorial a vários níveis (Jousilahti, 2006).

Os bons resultados do projecto “*North Karelia*” a nível local levaram à sua implementação a nível nacional. O envolvimento do Instituto Nacional de Saúde Pública deu credibilidade e orientação estratégica para a sua implementação a nível nacional (Puska & Stahl, 2010). A tabela 1 descreve as diferentes actividades implementadas, ao nível local e nacional, relacionadas com o projecto. Os autores referem que a fusão de uma abordagem baseada na comunidade e o desenvolvimento de medidas políticas e ambientais levaram a melhores resultados, comparativamente às abordagens unicamente centradas na educação e no indivíduo (Puska & Stahl, 2010). O conhecimento da comunidade e do contexto envolvente, bem como a estreita colaboração com os vários sectores da sociedade, foram elementos essenciais para o sucesso do projecto.

Tabela 1 – Intervenções desenvolvidas no âmbito do projecto “*North Karelia*”, adaptado de Jousilahti (2006).

Legislação:
Lei de Saúde Pública (1972) – mais ênfase na prevenção;
Legislação de controlo do tabaco;
Alteração da legislação de certos alimentos, ex: mistura de óleo vegetal e manteiga;
Regulação:
Declaração de vários locais públicos como áreas livres de fumo;
Introdução de regulamentação promotora de refeições saudáveis nas escolas;
Indústria:
Acções de promoção de produtos alimentares saudáveis para o coração, em colaboração com as autoridades locais, organizações cívicas, lojas, supermercados e a indústria alimentar;
Produção e comercialização de produtos de baixa gordura saturada, em colaboração com os fabricantes locais e nacionais;
Produção e comercialização de produtos com baixo teor em sal, em colaboração com as vacarias locais e outros sectores da indústria alimentar;
Cultura de uma nova planta, efectiva na redução do colesterol;
Promoção da cultura da framboesa, incluindo a produção de produtos de framboesa;

Informação e mass media:

Sensibilização pública sobre os malefícios do tabaco, através dos meios de comunicação, serviços de saúde e organizações comunitárias;

Desenvolvidos cursos de cessação tabagica na TV;

Desenvolvidas campanhas de educação para a saúde, usando a TV, jornais, os sistemas de cuidados de saúde, escolas e organizações de voluntariado;

Difundidos programas de TV nacionais sobre temas da saúde;

Colaboração com os jornais e estações de rádio locais, produção de material, feiras da saúde, etc.

Envolvimento comunitário:

Políticos municipais e autoridades;

Opinião de líderes;

“Martta Organization” (organização de mulheres);

“Heart Association” e “Heart Association” local;

Clubes desportivos;

Educação:

Colaboração com escolas e instituições educacionais, educação nutricional como conteúdo dos cursos;

Mudança nos menus do local de trabalho, com redução no sal e gordura;

Cursos de cessação tabagica em centros de saúde e locais de trabalho;

Programas de prevenção tabagica escolar, com o objectivo de ensinar às crianças competências para resistir a fumarem;

Educação generalizada sobre a redução não farmacológica de colesterol e pressão sanguínea, através de mudanças na dieta e actividade física;

Salienta-se que a implementação do projecto a nível local contou principalmente com a mobilização da população e das organizações da sociedade civil. No entanto, a sua implementação a nível nacional envolveu um tipo de acções mais abrangente, nomeadamente a mudança de legislação, a colaboração da indústria na produção de certos alimentos, acções de educação e a cobertura dos meios de comunicação.

O projecto “*North Karelia*” contribuiu para uma melhoria significativa da saúde dos finlandeses. Contudo, a sua importância foi reconhecida internacionalmente, uma vez que, desenvolveu uma acção eficaz no combate à epidemia das doenças cardiovasculares. Assim, demonstra que uma acção baseada na prevenção populacional e na mudança de estilos de vida, bem como, na cooperação dos diferentes sectores governamentais e não governamentais pode reduzir efectivamente esta epidemia (Puska, 2008).

2.2.1.2 - A abordagem Sul Australiana da saúde em todas as políticas

A implementação da SdTP no Sul da Austrália seguiu um caminho distinto do descrito anteriormente. A SdTP foi identificada como um mecanismo estratégico para alcançar a saúde e o bem-estar, delineados no Plano Estratégico da Austrália do Sul, designado agora em diante como SASP (*South Australia's Strategic Plan*). O SASP foi lançado em 2004, contudo sofreu uma actualização em 2007. Este expressa as áreas prioritárias de intervenção em seis grandes objectivos: desenvolvimento da prosperidade; melhoria do bem-estar; alcance da sustentabilidade; fomento da criatividade e inovação; construção de comunidades; e ampliação de oportunidades (Kickbusch, 2008).

De acordo com Kickbusch (2008), a implementação desta abordagem, através dos diferentes sectores governamentais, exigiu o desenvolvimento de um processo de aprendizagem político. A execução deste processo foi apoiada pela compreensão de que os problemas sociais e económicos, cada vez mais complexos, requerem soluções políticas conjuntas. Assim, a condução da SdTP através do SASP deu um forte impulso à colaboração intersectorial, estratégia essencial para o alcance das metas delineadas no mesmo.

A figura 1 apresenta o modelo Sul Australiano de implementação da SdTP. De acordo com Williams, Lawless e Parkes (2008), este indica uma série de passos que podem ser adaptados e implementados por outros Governos. A observação do modelo permite compreender que o compromisso de alto nível, através da colaboração do Primeiro-ministro com o consultor internacional, por um lado, e a parceria com o Departamento da Saúde, por outro, foram fundamentais para a implementação do processo de SdTP. Foi necessária a alocação de recursos do Departamento da saúde e do Departamento do Primeiro-ministro para a coordenação do processo.

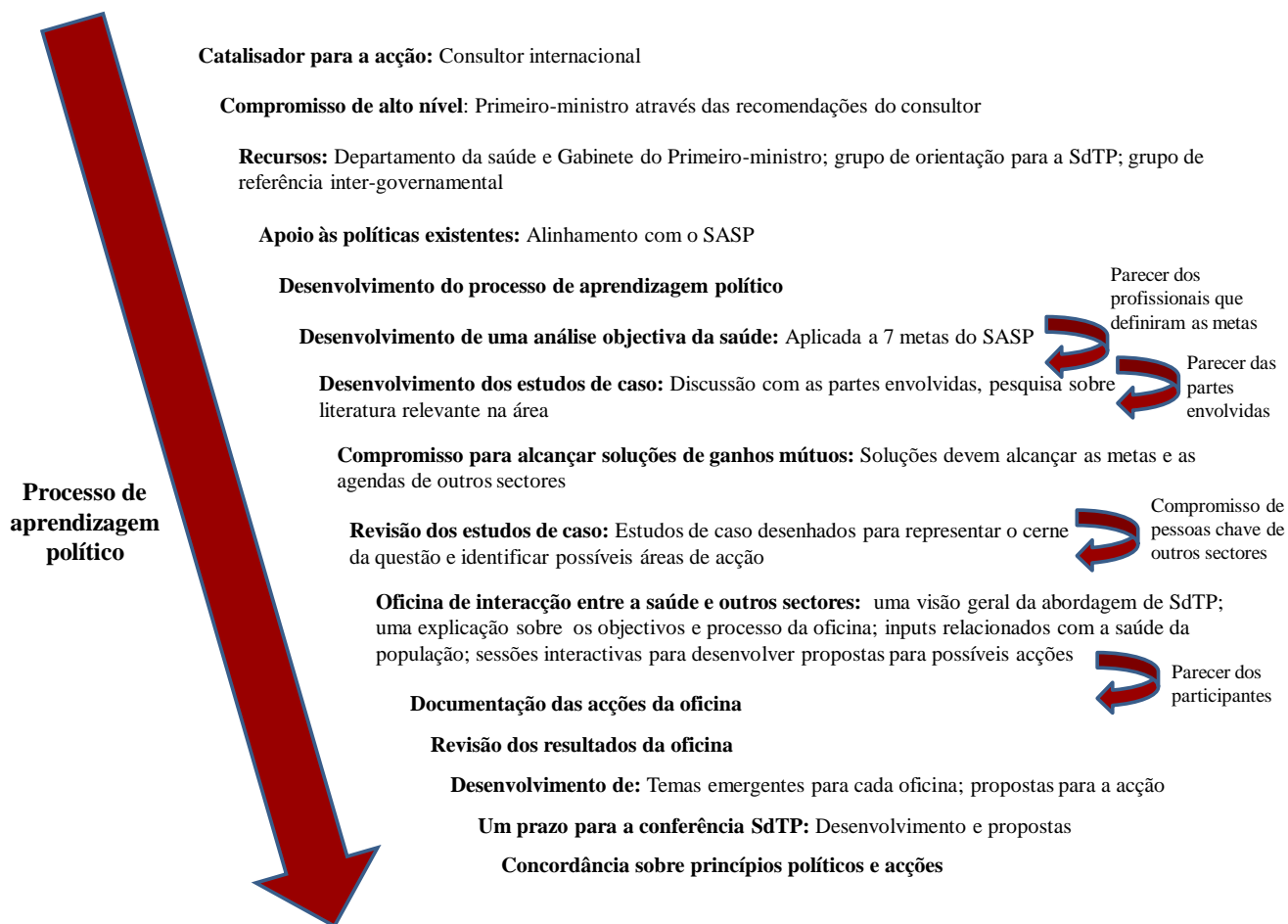


Figura 1 – Modelo Sul Australiano da SdTP: A fase de desenvolvimento, adaptado de Williams, Lawless e Parkes (2008).

O Gabinete do Primeiro-ministro iniciou uma análise ao SASP, com o intuito de perceber as interconexões e sinergias das metas estabelecidas e seus impactos na saúde. Foram desenvolvidos vários projectos que analisavam a saúde dos australianos, tendo em consideração os determinantes sociais da saúde e seus impactos (positivos e negativos) na saúde. Embora tenha sido desenvolvida uma análise “*desktop*”, ou seja, superficial, uma vez realizada forneceu um mecanismo para a integração de considerações da saúde numa série de áreas políticas que afectam os determinantes sociais da saúde, tais como, o ambiente, educação, desenvolvimento da criança, capital social, habitação, transporte e emprego (Williams, Lawless & Parkes, 2008).

Esta análise identificou articulações entre os diversos organismos e estimulou possíveis colaborações e parcerias com todos os sectores, apreendendo, assim, o espírito da SdTP.

Contudo, para que a análise fosse realizada foi desenvolvido um processo de aprendizagem político, resultando na preparação de uma conferência sobre o tema. O objectivo do encontro foi aumentar a compreensão das interacções e sinergias entre a saúde, a economia e o alcance das metas delineadas no SASP. Serviu também para consolidar o compromisso dos restantes sectores governamentais na implementação da SdTP, contando com a apresentação e discussão dos 7 casos de estudo seleccionados para o Plano. Usando a análise da saúde como ponto de partida, as interacções entre as metas do SASP e a saúde da população foram desenvolvidas em pormenor. Os pontos focais dos sectores governamentais participaram em workshops com o objectivo de identificar soluções de ganhos mútuos, onde a melhoria da saúde da população e o progresso em direcção às metas do SASP pudessem ser alcançadas. Este processo forneceu uma base para o compromisso dos decisores políticos no processo de aprendizagem política (Williams, Lawless & Parkes, 2008).

2.2.2– No contexto regional

Este capítulo aborda duas iniciativas implementadas a nível mundial que têm com objectivo a promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis, são elas: a rede de escolas promotoras da saúde e a rede cidades saudáveis. Ambas as iniciativas preconizam os princípios da “Saúde para Todos no Ano 2000”, definidos na Carta de Ottawa, em 1986. Estão representadas neste trabalho porque são estratégias de ganhos em saúde desenvolvidas em Portugal, a nível local, num espírito de intersectorialidade e coordenadas com o sector da saúde.

2.2.2.1 - Rede escolas promotoras de saúde

A Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde foi criada, em 1991, pela Organização Mundial da Saúde em parceria com a Comissão das Comunidades Europeias e o Conselho da Europa. O seu principal propósito foi desenvolver um conjunto de directrizes para a disseminação de modelos de boas práticas na promoção da saúde em meio escolar. Desta forma, pretende facilitar o acesso a informação e conhecimento e promover o intercâmbio de contactos. A colaboração internacional minimiza a duplicação de esforços e proporciona uma estrutura que promove e sustenta o desenvolvimento de actividades inovadoras. Actualmente, 46 países integram a Rede Europeia (Schools for Health in Europe, 2010).

Esta iniciativa partiu do pressuposto de que a escola é um local de excelência para trabalhar com os alunos, professores, pais e comunidade envolvente, no sentido de os capacitar para

opções saudáveis. Assim sendo, o principal objectivo da Escola Promotora de Saúde (EPS) é criar condições para que os alunos desenvolvam plenamente as suas potencialidades, adquirindo competências de modo a cuidarem de si e de se relacionarem positivamente com o meio (Faria & Carvalho, 2004). Por outras palavras, visa apetrechar as crianças e jovens com aptidões que lhes permita exercer a sua plena cidadania (Faria & Carvalho, 2004), de acordo com os seguintes princípios:

- Promover a saúde e o bem-estar dos estudantes;
- Aumentar os resultados de aprendizagem dos estudantes;
- Defender os conceitos de justiça social e equidade;
- Proporcionar um ambiente seguro e solidário;
- Envolver a participação e o *empowerment* dos estudantes;
- Ligar questões da saúde e educação;
- Abordar as questões da saúde e do bem-estar a todos os funcionários da escola;
- Colaborar com os familiares e a comunidade local;
- Integrar a saúde em actividades em curso na escola, currículo e em normas de avaliação;
- Definir metas realísticas definidas em dados precisos e provas científicas sólidas;
- Procurar uma melhoria contínua através do acompanhamento e da avaliação (Schools for Health in Europe, 2010).

Em Portugal, os Ministérios da Educação e da Saúde formalizaram, em 1994, uma parceria com o objectivo de desenvolverem uma colaboração activa entre as escolas e os centros de saúde. Um dos resultados dessa parceria foi a adesão à Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde no mesmo ano (Faria & Carvalho, 2004).

A Rede Nacional iniciou o seu trabalho em 10 escolas, com o apoio de 4 centros de saúde do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Em 1997 procedeu-se ao alargamento da Rede Nacional, tendo concorrido 1.056 escolas, mas apenas 670 foram aceites devido a constrangimentos de ordem financeira e de recursos humanos (Loureiro, 1999, cit. por Faria & Carvalho, 2004). Após o ano de 2000 houve um aumento significativo de escolas a participarem na iniciativa. Assim, de acordo com o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, em 2002/03 havia 12.704 escolas promotoras de saúde, desde jardins-de-infância, escolas do ensino básico e secundário e escolas profissionais.

Em 2007/2008, 472 agrupamentos e escolas não agrupadas concorreram à área da promoção e educação para a saúde. Este número aumentou no ano de 2008/2009 para 589 e em 2009/2010 para 621 (DGIDC, 2009-2010). De acordo com a Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC, 2009-2010), os agrupamentos/ escolas candidatos no passado ano lectivo equivalem a 51% do total de agrupamentos e escolas não agrupadas do sistema educativo. As áreas prioritárias de intervenção desenvolvidas nos agrupamentos/ escolas foram: educação alimentar/ actividade física; prevenção de consumos; educação sexual e infeções sexualmente transmissíveis; e saúde mental/ violência em meio escolar. No entanto, outros temas foram também trabalhados nomeadamente: auto-estima; higiene; primeiros socorros; saúde oral; ergonomia; saúde visual; segurança/ prevenção de acidentes, entre outros (DGIDC, 2009-2010). No que respeita ao envolvimento dos Centros de Saúde verifica-se que, entre os anos 2003/2004, 2004/2005, 2005/2006 e 2006/2007, 96% destes constituíram equipas de Saúde Escolar. Porém, o ano 2007/2008 apresentou uma ligeira descida (93%) (PNS, 2004-2010).

Em suma, compreende-se que ambos os Ministérios têm desenvolvido estratégias para a implementação de actividades de promoção e educação para a saúde. Indicadores de impacto foram também construídos, no entanto, a sua leitura não se encontrava disponível no momento de realização do trabalho.

2.2.2.2 - Rede cidades saudáveis

O Movimento Cidades Saudáveis surgiu, em 1986, em Toronto, no Canadá. O princípio base do movimento considera que a cidade é um organismo vivo, que respira e cresce, em constante mutação e que a saúde das pessoas que nela vivem é condicionada pelas condições que apresenta. Desta forma, o projecto Cidades Saudáveis estimula uma mudança individual, social, institucional e política na definição de acções, parcerias e políticas sobre a saúde (Planeta Azul, 2009).

O funcionamento desta rede na Europa consubstancia-se na Rede Europeia de Cidades Saudáveis e na Rede das Redes Nacionais de Cidades Saudáveis. É constituída por 1200 cidades e vilas de mais de 30 países que assumiram o compromisso de promover a saúde e o desenvolvimento sustentável (Planeta Azul, 2009). A integração de uma cidade nesta rede,

para além de abranger um processo de candidatura, envolve também a designação de um conjunto de critérios de elegibilidade definidos pela OMS (WHO, 2010).

Esta rede funciona por fases de cinco anos. Presentemente encontra-se na V fase, iniciada em 2009 e com término em 2013. A ênfase da V fase é dirigida para três áreas prioritárias de acção:

- Ambiente de Protecção e Suporte

Investir em ambientes promotores de apoio e cuidados, que promovem a inclusão social e a literacia em saúde dos cidadãos, preocupando-se em dar resposta às suas necessidades e expectativas; procurar ainda apoiar o desenvolvimento de serviços sociais e de saúde de resposta rápida, para além de políticas que dão ênfase à participação e à capacitação (empoderamento) das suas crianças e idosos (Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, 2006-2010);

- Estilos de Vida Saudáveis

Promover uma vida saudável, através do aumento das condições e oportunidades que apoiam estilos de vida saudáveis, actuando sobre políticas promotoras de ambientes sem fumo e de planos de prevenção do consumo de álcool e de drogas, sobre o fortalecimento dos sistemas de saúde locais e das redes de parcerias na prevenção de doenças não transmissíveis, sobre a promoção de actividade física e alimentação saudável, e o desenvolvimento de espaços e ambientes saudáveis (Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, 2006-2010);

- Planeamento Urbano Saudável

Promover Ambientes Saudáveis & Design, integrando considerações sobre a saúde nos processos, e opções de planeamento urbano, promovendo a saúde, o bem-estar, a segurança e a interacção social, a mobilidade e acessibilidade de todos os cidadãos, e assumindo como factor prioritário o impacto das alterações climáticas na saúde pública (Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, 2006-2010).

Como foi referido, a rede europeia integra as redes nacionais, as quais representam a estrutura base do movimento na Europa. As redes nacionais são a fonte de experiência e conhecimento na área da saúde, a estrutura de apoio político, estratégico e técnico para todos os seus

membros e a plataforma dinâmica para políticas de saúde pública, a nível nacional e internacional (Planeta Azul, 2009).

Em Portugal, a Rede Nacional de Cidades Saudáveis, integrou em 2001 a Rede Europeia. Foi constituída com base numa associação de municípios que tem como objectivo apoiar a divulgação, implementação e desenvolvimento do Projecto Cidades Saudáveis nos municípios que pretendam assumir a promoção da saúde como uma prioridade da agenda dos decisores políticos (Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, 2006-2010). Actualmente integra na sua rede 21 cidades saudáveis e visa facilitar a troca de conhecimentos e experiências com outras cidades, o planeamento estratégico de acções integradas, a definição e construção de ferramentas de suporte à avaliação e monitorização e a cooperação institucional, nacional e internacional, sobre a melhoria da saúde e a promoção da qualidade de vida.

Termina-se enaltecendo a importância que estas iniciativas, designadas de *bottom-up*¹⁰, têm para a promoção da saúde a nível local/ regional. Contudo, salienta-se que para terem sucesso necessitam de ser alinhadas com as iniciativas governamentais, designadas de *top-down*¹¹, uma vez que são estas que definem as prioridades de acção e recursos existentes.

2.3 - Modelo conceptual

No decorrer deste trabalho foi utilizada de forma recorrente os conceitos de saúde e determinantes sociais da saúde, daí a importância de procurar as suas definições e abrangências.

O conceito de saúde tem sofrido muitas alterações ao longo dos anos. Por exemplo, o reconhecimento dos efeitos dos factores sociais e psicológicos na saúde influenciou o alargamento da sua definição, que deixou de se restringir meramente aos seus aspectos

¹⁰ As iniciativas *bottom-up* são medidas implementadas a nível comunitário (local/regional). Segundo Eklund (1999), os agentes externos agem para apoiar a comunidade na identificação de questões que lhe são importantes e relevantes e capacitam-na para desenvolver estratégias que solucionem essas questões. Assentam numa perspectiva de *empowerment*, com uma abordagem centrada nas forças dos indivíduos e organizações e na melhoria das suas competências. Desta forma, é a comunidade que define os problemas, assumindo um elevado domínio no processo. A participação, nesta perspectiva, caminha de marginal ou substancial para estrutural

¹¹ As iniciativas *top-down* são medidas implementadas a nível nacional. De acordo com Eklund (1999) estas seguem um ciclo de intervenção predeterminado pelos decisores políticos e, geralmente, assentam na responsabilidade individual que os cidadãos têm perante os problemas da comunidade. São os agentes externos à comunidade que definem os problemas, sendo o controlo da comunidade baixo. Neste caso, a participação não se traduz num aumento real sobre os recursos ou sobre o processo de mudança, sendo assim caracterizada como uma participação marginal ou substancial.

clínicos. Uma das primeiras definições que reconheceu estas dimensões mais abrangentes de saúde foi a apresentada pela Organização Mundial da Saúde em 1948, que a reconheceu como um completo bem-estar físico, mental e não apenas a ausência de doença (OMS, 1978). Apesar de não existir consenso sobre o conceito de saúde, o apresentado pela OMS é o que apresenta maior receptividade nos dias de hoje (Health Cluster Portugal, 2010) e, desta forma, é o utilizado neste trabalho.

O conceito de determinantes sociais da saúde surgiu nas décadas de 70 e 80, quando se realçou as limitações das intervenções sobre a saúde somente orientadas pelo risco de doença dos indivíduos. Assim, para se compreender a saúde das populações é necessário ter em consideração o contexto onde estão inseridas (CSDH, 2005). Segundo a Comissão de Determinantes Sociais de Saúde, os determinantes sociais da saúde referem-se às condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham e que podem ser potencialmente alteradas por acções baseadas em informações (CSDH, 2005)¹². Assim, factores como o trabalho, habitação, ambiente físico e psicológico, alimentação, ilustrando apenas alguns, exercem efeitos significativos na saúde da população.

Segundo Buss e Pellegrini (2007) dois factores devem ser tidos em causa quando se estuda a relação entre determinantes sociais e saúde: em primeiro lugar, estabelecer uma hierarquia de determinações de factores mais gerais de natureza social, económica, política e as medições nas quais esses factores incidem sobre a situação de saúde de indivíduos e grupos (não é uma relação simples de causa-efeito). O estudo desta cadeia de mediações pode levar à identificação de áreas de intervenção prioritárias e à definição de políticas que reduzam, por exemplo, as iniquidades em saúde; em segundo lugar, distinguir os determinantes de saúde dos indivíduos e os dos grupos, pois não basta somar os determinantes sociais dos indivíduos para conhecer os determinantes sociais da sociedade.

Como mencionado, alguns autores defendem a importância de relacionar as políticas com os determinantes de saúde. Segundo Dahlgren e Whitehead (1991), as políticas públicas devem ser compreendidas através da influência que exercem sobre a saúde, especificamente sobre os

¹² Várias são as definições de determinantes sociais de saúde, para uma melhor compreensão consultar Buss e Pellegrini (2007), nas referências bibliográficas.

determinantes sociais da saúde. Desta forma, desenvolveram o “modelo em camadas” que permite visualizar a distribuição dos determinantes sociais da saúde em diferentes camadas. No presente trabalho fez-se uma adaptação do modelo em camadas de Dahlgren e Whitehead (1991) e de Ferrinho (1999), como se pode observar na figura 2.



Figura 2: Ecosistema de determinantes sociais da saúde.
Adaptado de Dahlgren e Whitehead (1991) e Ferrinho (1991).

No núcleo está representada a saúde do indivíduo ou da população e é influenciada por todas as forças e camadas que a rodeiam. Assim, na primeira e segunda camada encontram-se os elementos do ecossistema de natureza abiótica¹³ e biótica¹⁴, respectivamente. Ferrinho (1991) refere que estes elementos estão relacionados por fluxos de energia que o Homem procura canalizar para o desenvolvimento, através da gestão de leis que regem o meio natural. Na terceira camada estão representados os determinantes individuais, isto é, as características pessoais como a idade, o sexo e os factores genéticos. Na quarta camada estão identificados os comportamentos e os estilos de vida (Dahlgren & Whitehead, 1991). Segundo os autores, os comportamentos são da responsabilidade individual, dependentes das opções de cada um, no entanto, é importante perceber que as escolhas pessoais são condicionadas por determinantes sociais mais amplos como a informação, o acesso aos serviços e a alimentos saudáveis (Dahlgren & Whitehead, 1991). Na quinta camada estão representados os factores

¹³ Elementos abióticos são todas as influências que os seres vivos possam receber num ecossistema derivadas de aspectos físicos, químicos ou físico-químicos do meio ambiente, tais como a luz, temperatura, vento, entre outros. Estes condicionam a vida do ecossistema, mas não são independentes da actividade dos seres vivos que ali existem (informação retirada da wikipedia).

¹⁴ Elementos bióticos são todos os efeitos causados pelos organismos num ecossistema que condicionam as populações que o formam. A existência de uma espécie em número suficiente para assegurar a alimentação de outra condiciona a existência e a saúde desta última (informação retirada da wikipedia).

relacionados com as condições de vida e de trabalho, o acesso a alimentos e serviços essenciais como a saúde e a educação. Por fim, a sexta camada apresenta os macrodeterminantes como as condições socioeconómicas, culturais e ambientais, que de acordo com Dahlgren e Whitehead (1991), possuem grande influência sobre as restantes camadas.

A gestão humana do ecossistema é uma acção social organizada num sistema de controlo cibernético. Este sistema, segundo Ferrinho (1991), orienta a acção de modo a torná-la eficiente relativamente à intencionalidade que a anima. O sistema de controlo cibernético da acção social é estabelecido por uma série de sub-sistemas ordenados numa hierarquia de acordo com a sua riqueza de informação ou de energia. O autor supra citado refere que o sub-sistema quando está mais próximo do topo da hierarquia maior é a sua riqueza em informação; quanto mais próximo da base da hierarquia maior é a sua riqueza relativa em energia (Ferrinho, 1991). Os elementos mais ricos em informação controlam os menos ricos em informação mas mais ricos em energia; os mais ricos em energia condicionam os menos ricos em energia mas mais ricos em informação, segundo o princípio geral da cibernética (Ferrinho, 1991).

As relações nos sub-sistemas que se encontram na base da hierarquia, são principalmente fluxos de energia material entre os seus elementos, enquanto nos níveis mais elevados da hierarquia as relações são cada vez mais dependentes do fluxo de informação. Segundo Ferrinho (1991), a substituição crescente do fluxo de energia material pelo fluxo de informação, como princípio dominante das relações entre as componentes dos níveis da hierarquia cibernética, dá a estes níveis uma maior capacidade de controlo da acção.

Dahlgren e Whitehead (1991) afirmam que estas camadas traduzem-se em níveis de intervenção política, sendo assim possível classificar as políticas e compreender quais os determinantes influenciados pelas mesmas. Porém, importa destacar que esta relação não é linear, pois uma política pode influenciar directamente alguns factores, mas terá, também, um impacto indirecto sobre outros.

Neste estudo, utiliza-se o ecossistema de determinantes sociais da saúde com o intuito de esclarecer a relação de influência entre as políticas públicas e os determinantes sociais da saúde, permitindo analisar e identificar políticas potencialmente saudáveis.

Dando por terminado o enquadramento teórico da presente investigação, o próximo capítulo descreve o material e métodos utilizados para o alcance dos objectivos propostos.

3. MATERIAL E MÉTODOS

O delineamento do material e métodos utilizados numa investigação desempenha uma secção importante do estudo, pois expõe em pormenor a condução do mesmo permitindo a sua replicação (Creswell, 2009). Assim, o presente capítulo expõe de forma sucinta o material e métodos utilizados na selecção, recolha e análise dos dados.

3.1 - Abordagem qualitativa

“A abordagem qualitativa é um meio para explorar e compreender o significado que os indivíduos ou grupos atribuem a um problema social ou humano” (Creswell, 2009, p. 4). A investigação qualitativa é, actualmente, uma abordagem adoptada por muitas disciplinas, uma vez que, considera a pluralidade de visões do mundo que nos rodeia (Flick, 2006). Tem como princípio o estudo dos indivíduos nas suas práticas e interacções quotidianas, ao invés de situações artificiais de laboratório onde o investigador manipula o contexto de pesquisa (Flick, 2006; Bowling, 2009). Assim, o investigador recolhe, organiza e interpreta os dados com o objectivo de descobrir e desenvolver novos conceitos ou teorias, ou seja, o processo de condução da pesquisa é essencialmente indutivo (Flick, 2006). De acordo com o mesmo autor, esta abordagem opta por métodos abertos que se ajustam à complexidade do objecto em estudo, pois este é o factor determinante da escolha do método a utilizar. Bowling (2009) menciona que em situações onde existe pouco conhecimento sobre o fenómeno observado, as questões são complexas e surge o desejo de explorar e gerar hipóteses, a abordagem qualitativa apresenta-se mais adequada e vantajosa do que a abordagem quantitativa. Perante o objecto de estudo anteriormente definido, constatou-se que a melhor forma de o compreender foi através de uma investigação qualitativa.

3.2 - Desenho de estudo

Flick (2006) define o desenho de estudo como um plano de recolha e análise de evidência que permite ao investigador responder às questões por ele colocadas. Segundo o autor, o campo de pesquisa delimita-se a partir do momento em que as questões de investigação são definidas, uma vez que, da sua formulação depende a decisão sobre que métodos, quem e o quê deve ser incluído no estudo. Assim sendo, estando definida a questão de investigação, prossegue-se com a descrição dos métodos utilizados.

Partindo de uma questão de investigação sob a forma de “*Qual?*”¹⁵, Yin (2001) explica que o investigador pode optar por duas possibilidades de pesquisa: a primeira por questões exploratórias que aspiram o desenvolvimento de hipóteses e proposições importantes para estudos ulteriores; e a segunda por questões cuja identificação dos resultados favorece as estratégias de levantamento de dados ou a análise de documentos. Segundo Yin (2001), para o primeiro tipo de situação poder-se-á enveredar por um estudo de caso exploratório, no entanto, para o segundo tipo não se justifica a aplicação deste método de pesquisa.

O estudo de caso é definido por Yin (2001) como sendo uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando se procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos factores. Desta forma, é um método que se foca nas circunstâncias, dinâmicas e complexidades de um único caso ou de um número pequeno de casos, devendo ser utilizado quando a investigação está numa fase inicial e exploratória do objecto em estudo e quando é pretendida a elaboração de novas hipóteses (Bowling, 2009). Yin (2001) refere que os estudos de caso podem recorrer a múltiplas técnicas de recolha de dados, tais como a análise documental, observação directa, entrevistas, entre outras.

Segundo Yin (2001), o investigador deve aplicar o método do estudo de caso quando está perante alguma destas situações: 1) para explicar vínculos causais em intervenções na vida real que são demasiado complexos para a utilização de estratégias experimentais; 2) quando é necessário descrever intervenções no contexto em que ocorrem; 3) para ilustrar determinados tópicos de uma investigação; 4) para explorar uma situação complexa de resultados; 5) e como forma de meta-avaliação de determinados processos. O autor afirma ainda que a prática do estudo de caso é extremamente complicada e, ao contrário do que se possa pensar, quanto mais fácil for a estratégia de pesquisa, mais difícil será a sua aplicação.

Yin (2001) considera que existem vários tipos de estudo de caso. Assim, defende que poderá optar-se por um estudo de caso único ou por um estudo de caso múltiplo. Segundo o autor, o estudo de caso único deve ser utilizado quando existe um único caso a estudar, em contrapartida, quando se considera a análise de múltiplos casos no mesmo estudo de caso deverá optar-se pelo estudo de caso múltiplo. Ambos os estudos de caso podem ter duas

¹⁵ Do termo original “what”, que pode ser traduzido para “o que”, como também para “qual” ou “quais”.

variantes – um desenho holístico ou global ou um desenho incorporado (*embedded*), no qual se recorre a “múltiplas unidades de análise” (*multiple units of analysis*). Em relação ao seu desenho, Yin (2001) sugere que se opte por um caso único holístico ou global quando não é possível identificar uma “subunidade lógica” de análise e por um caso incorporado quando a situação é avaliada a partir de diferentes unidades ou níveis de análise, por exemplo, diferentes sectores ou actividades dentro de uma instituição.

Na presente investigação, o caso em estudo é as políticas públicas potencialmente saudáveis implementadas em Portugal Continental no período de Março de 2005 a Outubro de 2009. Deste modo, como existe apenas um único caso a investigar, o estudo será um estudo de caso único. Relativamente ao seu desenho será um estudo de caso único incorporado, com múltiplas unidades de análise, uma vez que se recolheu os dados através de documentos e de informadores chave.

3.3 - População e amostragem

Segundo Hill e Hill (2008), qualquer investigação pressupõe uma recolha de dados. Os dados são informação na forma de observações ou medidas dos valores de uma ou mais variáveis geralmente fornecidos por um conjunto de entidades. Ao conjunto total de casos sobre os quais se pretende tirar conclusões dá-se o nome de População ou Universo (Hill & Hill, 2008). No entanto, recolher e analisar dados da população no seu todo é um processo moroso e dispendioso, pelo que, nesta situação, o investigador deve apenas considerar uma parte dos casos que constituem o Universo. A essa parte, os autores mencionados, designam de amostra e é a partir dela que o investigador recolhe a informação que precisa para a compreensão do seu objecto de estudo.

A abordagem qualitativa não tem a intenção de generalizar os resultados de um estudo, pois o seu valor está, precisamente, na particularidade do caso e não na sua generalização (Creswell, 2009). Interessa-lhe conhecer o fenómeno complexo em profundidade, não fazendo sentido nem sendo possível a sua generalização a outros contextos/ indivíduos (Creswell, 2009). Por essa razão, os participantes são habitualmente recrutados devido à sua exposição ou experiência relativamente ao fenómeno em questão.

Flick (2006) considera que o processo de amostragem e o método de selecção da amostra são passos muito importantes no decorrer de um estudo de investigação. De acordo com o autor existe uma “selecção propositada” da população/ material ou do contexto a estudar, uma vez que, são eleitos por possuírem certas características que interessam ao investigador. A amostragem é determinada de acordo com critérios bem definidos e limitados (Flick, 2006). Desta forma, torna-se fundamental que os procedimentos de inclusão e exclusão e a técnica utilizada para a selecção da amostra, estejam definidos no corpo do estudo (Mason, Wright & Luu, 2008).

Na presente investigação utilizou-se duas amostras diferentes como se descreve nos pontos a seguir.

3.3.1 - Amostra documental

A amostra utilizada para a análise documental foi constituída por documentos oficiais produzidos pelo Governo e respectivos Ministérios relativos a estratégias, medidas e acções implementas pelos mesmos (ver anexo I para conhecimento da tipologia de documentos analisados). Segundo Bardin (2008), o investigador deve proceder à constituição de um *corpus* documental, ou seja, um conjunto de documentos que serão submetidos a procedimentos analíticos. Para tal, o investigador baseou-se em três regras fundamentais: a regra da representatividade, da pertinência e da homogeneidade (Bardin, 2008). A regra da representatividade implicou a selecção de documentos de todos os sectores do Governo de Portugal, no período de Março de 2005 a Outubro de 2009, de acordo com a estrutura do mesmo apresentado nas Grandes Opções do Plano. A regra da pertinência incluiu a selecção de documentos referentes a estratégias e políticas sectoriais implementadas pelo Governo de Portugal no período de tempo referido anteriormente. A regra da homogeneidade implicou a definição de critérios de inclusão e exclusão dos documentos. Foram utilizados critérios de inclusão da amostra: planos e relatórios de execução de políticas entre o período de 2005 - 2009, planos e programas estratégicos implementados entre 2005 - 2009 e diplomas, decretos-lei e leis promulgados entre Março de 2005 a Outubro de 2009.

3.3.2 - Amostra populacional

A amostra utilizada para consulta e aplicação de entrevistas foi constituída por representantes dos diferentes Ministérios ou dos diversos domínios que cada Ministério compreende. O

processo de selecção da amostra foi não probabilístico, pois a sua selecção não foi realizada de forma aleatória. Segundo Bowling (2009) a amostragem não probabilística apresenta os seguintes tipos: conveniência, intencional, *snowball* e teórica. A presente investigação utilizou um método de amostragem intencional, uma vez que foram seleccionados indivíduos detentores de informação relevante para o estudo (Bowling, 2009).

A amostra foi constituída por informadores chave de nove Ministérios, nomeadamente, Ministério da Educação (Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular), Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, Ministério do Ambiente, Ordenamento do Território e Desenvolvimento Regional (Agência Portuguesa do Ambiente), Ministério da Presidência do Conselho de Ministros (Instituto do Desporto de Portugal), Ministério dos Negócios Estrangeiros (Departamento Geral da Administração), Ministério da Justiça, Ministério da Economia, Inovação e Desenvolvimento (Direcção Geral da Actividades Económicas e Autoridade de Segurança Alimentar e Económica), Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (Fundação para a Ciência e Tecnologia) e Ministério da Cultura¹⁶. Utilizou-se como critérios de inclusão da amostra: ter cargo de direcção em organismo/ agência governamental; ter cargo de direcção no Ministério; ter participado no processo de formulação e implementação de políticas públicas nacionais.

3.4 - Técnicas de recolha de dados

Yin (2001) considera que apesar de as técnicas de recolha de dados mais comuns num estudo de caso sejam a observação e as entrevistas, nenhum outro deve ser “descartado”. Segundo o mesmo autor, o estudo de caso recorre a múltiplas fontes de dados, sendo esta característica uma das suas principais vantagens, uma vez que, diversas fontes de evidência são mais valorizadas, em termos de qualidade, do que os métodos suportados por poucas fontes de informação.

No presente estudo recorreu-se às seguintes técnicas de recolha de dados:

- Análise documental;
- Entrevista e consulta a informadores chave;

¹⁶ Os restantes Ministérios foram contactados e alguns deles deram os seus contributos. Contudo, não foram de encontro ao pretendido para este estudo.

Deste modo, utilizou-se a análise documental como técnica principal de recolha de dados. As entrevistas e consulta a informadores chave foram utilizadas de modo a validar, corrigir e complementar a informação recolhida através da análise documental. Os próximos pontos descrevem, detalhadamente, cada uma das técnicas utilizadas.

3.4.1 - Análise documental

A análise documental é definida como uma operação ou conjunto de operações que procura representar o conteúdo de um documento de forma diferente da original, com o intuito de facilitar futuras “consultas” (Chaumier, 1974; in Bardin, 2008). Assim, esta técnica tem como objectivo apresentar a informação contida nos documentos de forma diferente, recorrendo a procedimentos de transformação (Bardin, 2008). Bowling (2009), citando Pickin e St Leger (1993), refere que existe uma enorme variedade de documentos à disposição do investigador e classifica-os de diferentes formas: públicos ou privados, oficiais ou não oficiais, individuais ou corporativos. Devido a esta grande diversidade Flick (2006) salienta a necessidade de se avaliar a qualidade dos mesmos, sugerindo alguns critérios para tal. A sua análise pode ser realizada de forma quantitativa e qualitativa, mediante a informação que o investigador necessita para o seu estudo.

Os documentos, sejam eles escritos ou não, podem ser classificados em fontes primárias ou fontes secundárias. Os documentos primários são escritos por pessoas que experienciaram algum comportamento ou evento particular. Os documentos secundários são redigidos por indivíduos que não estiveram presentes no acontecimento, mas tiveram a informação necessária para o compilar, recolhendo-a através de pessoas que experienciaram o acontecimento ou pela leitura de documentos primários (Bailey, 1994). Bardin (2008) menciona que é através da análise documental que um documento primário passa para um documento secundário (representação do mesmo).

Lakatos e Marconi (2007) referem que a recolha de dados referente a fontes primárias designa-se de “Pesquisa documental” e a colecta de dados relativa às fontes secundárias de “Pesquisa bibliográfica”. A primeira engloba dados estatísticos, históricos e bibliográficos, arquivos oficiais e não oficiais, registos em geral, documentação pessoal, entre outros. A segunda abrange toda a bibliografia já tornada pública relativa ao tema em estudo, desde publicações em jornais, revistas, teses e relatórios de pesquisa (Lakatos e Marconi, 2007).

Neste estudo procedeu-se a uma análise documental baseada em ambas as pesquisas, documental e bibliográfica. Assim, analisou-se documentos e artigos de revistas científicas sobre o tema na sua globalidade de forma a identificar e sistematizar os principais conceitos e definições do assunto em questão. Para tal, utilizou-se as seguintes palavras-chave: *“healthy public policy”*; *“health in all policy”*; *“intersectorial action for health”*; *“policy analysis”*; *“social determinants of health”*; *“health inequalities”*; *“health impact assesement”*; *“governance”*. Esta pesquisa foi realizada sobretudo a nível internacional através de base de dados electrónicas reconhecidas e de publicações especializadas, como a b-on, Medline, Pubmed, BMJ, Sage, HealthPolicy, Oxford Journals, entre outras. Foi também realizada uma “busca” de documentos por algumas organizações internacionais, inclusivamente, OMS, OCDE, *The International Development Research Centre*, *Public Health Agency of Canada*, entre outras. Com a pesquisa bibliográfica construiu-se o referencial teórico da investigação e identificou-se o modelo conceptual de referência.

A análise documental focou-se em documentos oficiais, legislação, planos e programas governamentais produzidos entre Março de 2005 a Outubro de 2009. Esta pesquisa foi efectuada através dos sites das estruturas governamentais, entre elas, o Portal do Governo, os Ministérios, as agências/ organizações governamentais e a Assembleia da República. Foi através desta análise que se retirou a informação necessária para responder aos objectivos do estudo.

3.4.2 - Entrevista de consulta a informadores chave

Segundo Bowling (2009), as entrevistas envolvem a recolha de dados através da conversação com os participantes do estudo e a gravação das suas respostas. Para a autora, estas podem ser levadas a cabo de duas formas, face a face e/ou por telefone. Creswell (2009) acrescenta ainda que as entrevistas podem também ser conduzidas através da utilização da internet ou na presença de um grupo de pessoas, utilizando grupos focais.

No presente estudo recorreu-se à entrevista para consulta de informadores chave. Estas foram realizadas no sentido de validar, corrigir e complementar a informação recolhida através da análise documental, tendo sido, para o efeito, enviada uma cópia da análise de cada sector a cada um dos intervenientes. Assim, a cada informador chave foi enviada a análise relativa ao

seu sector. Após a verificação do documento os intervenientes fizeram chegar a sua apreciação através de entrevistas presenciais ou conduzidas por email. Por outras palavras, das nove entrevistas de consulta aos informadores chave apenas duas foram realizadas presencialmente. As restantes foram realizadas através de troca de emails. Para tal, foi explicado a cada informador chave quais os objectivos do estudo e o que se pretendia deles. Posteriormente, foi enviada a análise efectuada aos sectores aos informadores no sentido de complementarem e validarem a informação.

3.5 Técnica de análise de dados

Após a recolha dos dados, o investigador necessitará de os analisar e interpretar de modo a produzir resultados relativos à sua investigação. Desta forma, Creswell (2009) menciona algumas etapas necessárias ao desenvolvimento deste processo, sendo elas: a preparação dos dados para análise; condução de diferentes análises; aprofundamento da compreensão dos dados; representação dos dados; e por último, a interpretação do principal significado dos dados.

Bowling (2009) refere que quando os dados (qualitativos) são apresentados de uma forma categorizada, o investigador optou por utilizar a técnica da análise de conteúdo. Bardin (2008) define a análise de conteúdo como *“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”* (p. 44). Segundo a mesma autora a análise de conteúdo procura a busca de outras realidades através das mensagens.

Bardin (2008) refere-se à análise de conteúdo como tendo etapas concretas: a organização da análise, a codificação, a categorização e a inferência. No presente estudo apenas foram concretizadas a organização da análise, a codificação e a categorização. Dos vários tipos de análise de conteúdo que a autora define, nesta investigação optou-se por uma análise categorial temática. Pela análise categorial os dados em bruto são passados a dados organizados, sendo que o que permitirá o seu agrupamento serão as características comuns existentes entre eles (Bardin, 2008). De acordo com a autora, inicialmente isolam-se os diferentes elementos e posteriormente procura-se dar-lhes uma organização, tendo por base os

temas que emergirem dos documentos. Desta forma, ao enveredar por uma análise temática, procedeu-se à contagem de um ou vários temas em unidades de significação previamente determinadas.

4. RESULTADOS

O propósito desta secção do trabalho é o de relatar os principais resultados obtidos de forma breve e clara (Mason, Wright & Luu, 2008). Os resultados devem ser redigidos segundo uma lógica que facilite a compreensão dos mesmos. Assim, tendo em conta os objectivos do estudo inicialmente definidos, serão apresentados os resultados obtidos para cada objectivo. Para mais detalhe os leitores deverão consultar as análises pormenorizadas no anexo II.

- **Identificar estratégias de potenciais ganhos em saúde através de políticas extra-sector da saúde em Portugal, considerando como extra-sector os sectores contemplados nos Ministérios do XVII Governo Constitucional;**

A análise documental e a posterior validação pelos informadores chave permitiu categorizar a informação, neste caso as estratégias de potenciais ganhos em saúde, em 58 categorias¹⁷, conforme se apresenta no quadro seguinte (tabela 2).

Tabela 2 – Categorias das estratégias de potenciais ganhos em saúde dos Ministérios com e sem representação do MS

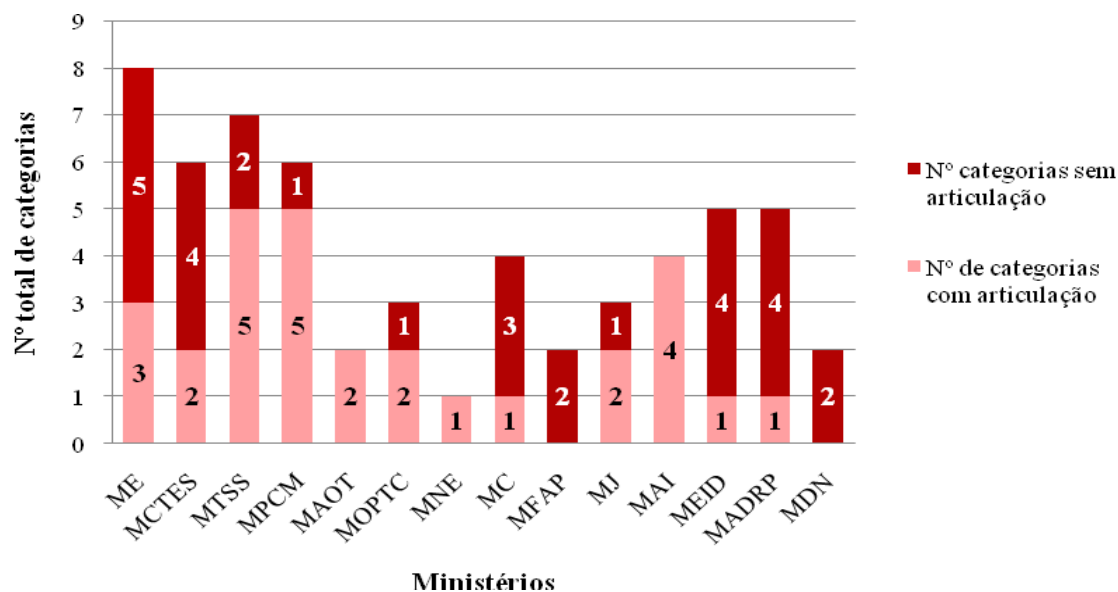
Número Categoria	Nome categoria	Representação do MS
1	Igualdade no acesso a oportunidades educativas	
2	Desporto escolar	
3	Educação para a saúde	Sim
4	Qualificação de jovens e adultos	
5	Modernização dos estabelecimentos de ensino	Sim
6	Qualidade do ensino	Sim
7	Organização e funcionamento das escolas	
8	Segurança	
9	Segurança	Sim
10	Qualificação de adultos	
11	Apoio social	
12	Tecnologia e I&D	Sim

¹⁷ As categorias são “rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (...) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão das características comuns destes elementos” (Bardin, 2008, p. 145). Ou seja, o que permite o agrupamento é a parte comum existente nos dados. Nesta investigação o critério de categorização utilizado foi semântico (Bardin, 2008), isto é, definiram-se categorias temáticas. Assim, dentro de cada Ministério foram identificados temas, por exemplo, no Ministério da Educação todos os temas que significavam a educação para a saúde ficaram agrupados na categoria “educação para a saúde”; no Ministério da Presidência do Conselho de Ministros todos os temas que significavam a igualdade de oportunidades entre homens e mulheres ficaram agrupados na categoria “igualdade de oportunidades” e assim sucessivamente para os restantes Ministérios.

13	Organização e funcionamento das escolas	
14	Internacionalização e cooperação entre Faculdades de medicina e ciências biomédicas e laboratórios e centros de investigação – Instituições na I&D – na área das ciências da saúde	
15	Criação de emprego	
16	Combate ao desemprego	
17	Segurança no trabalho	Sim
18	Protecção social e combate à pobreza	Sim
19	Inclusão e capacitação comunitária	Sim
20	Promoção da saúde e do bem-estar	Sim
21	Apoio à família	Sim
22	Desporto	
23	Juventude	Sim
24	Igualdade de oportunidades	Sim
25	Combate à violência e exploração humana	Sim
26	Migrantes e refugiados	Sim
27	Estatísticas	Sim
28	Ambiente	Sim
29	Ordenamento do território	Sim
30	Transportes terrestres: rodoviário e ferroviário	Sim
31	Transportes marítimos	
32	Comunicação	Sim
33	Cooperação e internacionalização	Sim
34	Gestão do património	Sim
35	Rede de bibliotecas	
36	Cultura para os desfavorecidos	
37	Apoios financeiros e estágios profissionais	
38	Apoios financeiros	
39	Política fiscal	
40	Protecção social e legal	Sim
41	Informação em saúde	Sim
42	Simplificação burocrática	
43	Segurança, policiamento e novas tecnologias	Sim
44	Protecção ambiental e prevenção de incêndios	Sim
45	Protecção civil	Sim
46	Segurança rodoviária	Sim
47	Apoio às PME	
48	Apoio a estágios profissionais	
49	Defesa do consumidor	Sim
50	Turismo	
51	Energia	
52	Produtos alimentares	Sim
53	Produtos agrícolas e ambiente	
54	Política sanitária de produção	
55	Financiamentos	
56	Desenvolvimento rural	
57	Defesa do território nacional	

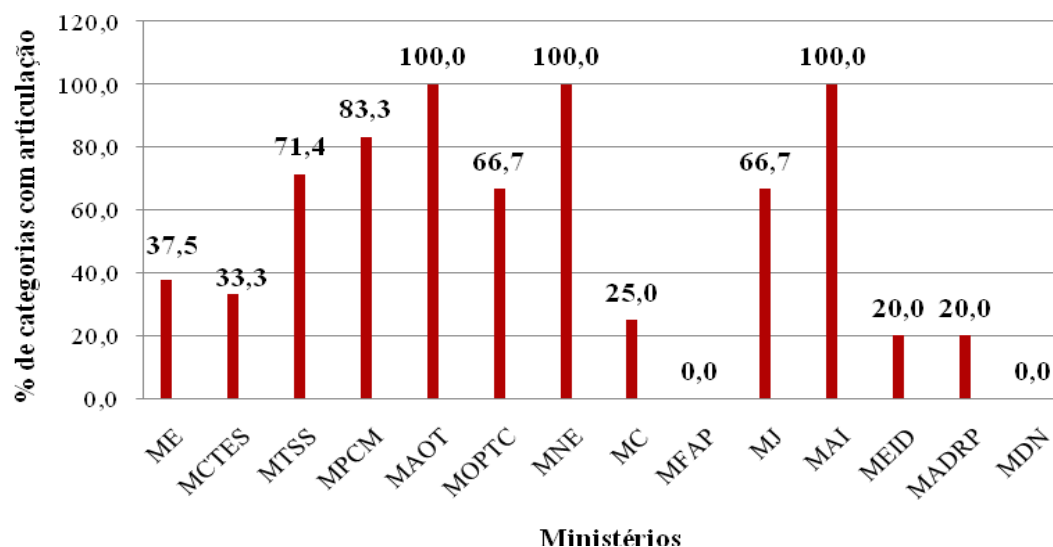
Em 29 destas categorias foi identificada a representação do Ministério da Saúde. O gráfico 1 esquematiza o número total de categorias construídas com e sem representação do MS por Ministério do XVII Governo Constitucional

Gráfico 1 – Número de categorias com e sem representação do Ministério da Saúde



Realizando uma breve análise ao gráfico 1 compreende-se que cada Ministério difere quanto ao número de categorias construídas. Assim, com um número de categorias igual ou superior a 5 encontram-se o ME (n=8), MTSS (n=7), MPCM (n=6), MCTES (n=6), MEID (n=5) e o MADRP (n=5). Com um número de categorias inferior a 5 estão o MC (n=4), MAI (n=4), MOPTC (n=3), MJ (n=3), MAOT (n=2), MFAP (n=2), MDN (n=2) e o MNE (n=1). Relativamente aos Ministérios que apresentam um maior número de categorias com articulação com o MS distinguem-se o MTSS e MPCM ambos com 5 categorias e o MAI, com 4 categorias. O MFAP e o MDN não têm nenhuma categoria com articulação com o sector da saúde. No que diz respeito aos Ministérios que contêm um menor número de categorias com articulação com o MS salienta-se o MNE, MEID, e o MADRP com 1 categoria e o MCTES, MAOT, MOPTC e o MJ com 2 categorias. O gráfico 2 apresenta a percentagem de categorias construídas com e sem representação do MS.

Gráfico 2 – Percentagem de categorias com e sem representação do Ministério da Saúde



Resta perceber quais as estratégias de potenciais ganhos em saúde incorporadas dentro de cada categoria e em quais se verifica uma articulação com o Ministério da Saúde. O quadro seguinte (tabela 3) demonstra essa representação.

Tabela 3 – Estratégias de potenciais ganhos em saúde dos diferentes Ministérios com e sem representação do Ministério da Saúde

Ministério	Número Categoria	Número Estratégia	Nome da Estratégia	Representação do MS
ME	1	1	Universalização da educação pré-escolar e aumento da escolaridade obrigatória para 12 anos	
		2	Enriquecimento curricular	
		3	Educação especial	
		4	Territórios educativos de intervenção prioritária	
		5	Regime de equivalência de habilitações do sistema educativo estrangeiro	
		6	Apoio social	
	2	1	Desporto escolar	
	3	1	Educação para a saúde	Sim
		2	Educação sexual	Sim
		3	Refeições escolares	Sim
	4	1	Novas oportunidades	
		2	Formação profissional	
		3	Combate ao insucesso escolar	
	5	1	Plano tecnológico da educação	
		2	Modernização dos estabelecimentos de ensino	Sim
	6	1	Formação dos professores	

		2	Habilitações profissionais para a docência	
		3	Manuais escolares	
		4	Plano de leitura	Sim
		5	Plano de acção para a matemática	
	7	1	Avaliação, autonomia e gestão das escolas	
	8	1	Segurança nas escolas	
		2	escola@segura: videovigilância e alarmes	
		3	Cartão electrónico do aluno	
		4	Transporte colectivo de crianças	
MCTES	1	1	Protecção radiológica	Sim
	2	1	Maiores de 23 anos	
		2	Acesso ao curso de medicina	
	3	1	Apoio social	
	4	1	Ligar Portugal	
		2	Investigação em saúde	Sim
		3	Sistema de certificação electrónica do Estado	
		4	Voto electrónico	
		5	SIFIDE - Sistema de Incentivos Fiscais em Investigação e Desenvolvimento Empresarial	
	5	1	Avaliação do ensino superior	
		2	Financiamento do ensino superior	
		3	Regime jurídico das instituições do ensino superior	
		4	Mobilidade dos estudantes entre os estabelecimentos de ensino superior	
	6	1	Cooperação entre faculdades	
MTSS	1	1	PNACE - Programa Nacional de Acção para o Crescimento e o Emprego 2005-2008	
		2	PAECPE - Programa de Apoio ao Empreendedorismo e à Criação do Próprio Emprego	
		3	Medidas excepcionais de apoio ao emprego e à contratação	
		4	Iniciativa para o investimento e o emprego	
		5	Portal do emprego e formação	
		6	“Contrato emprego -inserção» e «Contrato emprego -inserção+”	
		7	Programa Qualificação - Emprego	
		8	Programas de estágios profissionais	
	2	1	Regime de protecção no desemprego	
		2	GIP - Gabinetes de inserção profissional	
	3	1	Segurança no trabalho	Sim
	4	1	PARES - Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais	Sim
		2	PAIES - Programa de Apoio ao Investimento em Equipamentos Sociais	Sim
		3	Rede de cuidados continuados	Sim
		4	Complemento solidário do idoso	
		5	Benefícios adicionais à saúde do idoso	Sim
		6	Programa Conforto Habitacional	
		7	Programa de Contratos Locais de	

Desenvolvimento Social		
5	8	Condições das residências para pessoas com deficiência
	9	Regula as actividades dos centros ocupacionais
	10	Protecção contra a exploração sexual infantil
	11	Novo regime de pensões
	1	Emprego apoiado
	2	Rendimento social de inserção Sim
	3	Plano Nacional para a Inclusão 2006-2008 Sim
	4	Estratégia Nacional para a Protecção Social e Inclusão Social 2008-2010 Sim
	5	PAIPDI – Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade Sim
	6	Plano Nacional para a Promoção da Acessibilidade Sim
	7	Normas técnicas de acessibilidade
6	8	Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem-Abrigo 2009 - 2015 Sim
	9	Programa Abrir Portas à Diferença
	10	Pune a discriminação
	11	Rede Social Sim
	12	Protecção na invalidez
	13	Programa para a Inclusão e Cidadania
	14	Programa Turismo Solidário 2006
	15	Programa Saúde e Termalismo Sénior 2007 Sim
7	1	Comissão para a Promoção de Políticas de Família e o Conselho Consultivo das Famílias Sim
	2	Abono de família pré-natal Sim
	3	Abono a famílias monoparentais
	4	Regime de acolhimento familiar
	5	Regime de maternidade e paternidade
MPCM	1	1 Lei de Bases da Actividade Física e do Desporto
		2 Observatório da condição e da aptidão física
		3 Programa Nacional de Marcha e Corrida
		4 Cédula PROCAFD
		5 Combate à dopagem
	2	1 Programa Nacional de Juventude 2007-2013
		2 Comissão interministerial para as políticas de juventude
		3 Programa Mobilidade e Intercâmbio para Jovens
		4 Associativismo Juvenil
		5 Agência nacional para a gestão do programa juventude em acção
		6 Programa Todos Diferentes Todos Iguais
		7 Programa de ocupação de tempos livres
		8 Programa CUIDA-TE Sim
		9 Programa Especial de Voluntariado na Saúde “SNS Jovem” Sim
	3	1 Lei da paridade

		2	Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género	
		3	III Plano Nacional para a Igualdade	Sim
	4	1	Sanciona a discriminação em função do sexo	
		2	III Plano Nacional contra a Violência Doméstica	Sim
		3	Regime Jurídico aplicável à violência doméstica	
		4	Pena ao tráfico de seres humanos	
		5	I Plano Nacional contra o Tráfico de Seres Humanos	Sim
		6	Autorização de residência a vítimas de tráfico de pessoas	
		7	Observatório tráfico de seres humanos	
	5	1	Lei da nacionalidade	
		2	Nacionalidade portuguesa	
		3	Regime de permanência	
		4	Asilo	
		5	Programa Escolhas	
		6	Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural	
		7	III Plano para a Integração de Imigrantes	Sim
	6	1	Estatísticas em saúde	Sim
MAOT	1	1	Ambiente	
		2	Ambiente e Saúde	Sim
		3	Utilização de lamas de depuração em solos agrícolas	
		4	Gestão e planeamento em matéria de resíduos	Sim
		5	Óleos alimentares usados	
		6	Óleos usados	
		7	Embalagens e resíduos de embalagens	
		8	Veículos em fim de vida	
		9	Resíduos de equipamentos eléctricos e electrónicos	
		10	Pilhas e acumuladores usados	
		11	Pneus usados	
		12	Resíduos da construção e demolição	
		13	Regime da actividade pecuária	Sim
		14	Regime da actividade industrial	Sim
		15	Prevenção de acidentes graves com substâncias perigosas	
		16	Compras públicas ecológicas	Sim
		17	Alterações climáticas	Sim
		18	Combustíveis	
		19	Ar ambiente	
		20	Protecção da camada do ozono	
		21	Ruído	
		22	Desenvolvimento sustentável	
		23	Energia	
		24	Água e saneamento	Sim

		25	Zona costeira marítima	
		26	Produtos químicos	Sim
		27	Radiações ionizantes	Sim
		28	Conservação da natureza e biodiversidade	
		29	Licenciamento ambiental	Sim
		30	Gestão e auditoria	
		31	Avaliação de impacte ambiental	
		32	Avaliação ambiental estratégica	
		33	Responsabilidade ambiental	
	2	1	Ordenamento do território e de urbanismo	
		2	Ordenamento do território	
		3	Gestão territorial	
		4	Urbanismo e edificação	Sim
MOPTC	1	1	Plano Estratégico de Transportes 2008-2020	
		2	GISAF – Gabinete de Investigação de Segurança e de Acidentes Rodoviários	
		3	Habilitação legal para conduzir	Sim
		4	Formação de motoristas	
		5	Tacógrafo digital	
		6	Transportes de mercadorias perigosas	
		7	Remodelação de linhas rodoviárias e ferroviárias	
	2	1	PNMP – Plano Nacional Marítimo Portuário	
		2	Tratamento de resíduos	
	3	1	Redes de nova geração	Sim
		2	Comunicações electrónicas e segurança electrónica	
MNE	1	1	SOFID	
		2	Uma visão estratégica para a cooperação portuguesa	
		3	Fundo da língua portuguesa	
		4	INOV-Mundus	
		5	Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP	Sim
		6	Acordos internacionais	Sim
MC	1	1	Valorização do património cultural	Sim
		2	Valorização do património imobiliário	
	2	1	Criação da rede de conhecimento das bibliotecas públicas	
		2	Bibliotecas digitais	
		3	Digitalização e disponibilização de conteúdos culturais	
	3	1	Programa Território Artes/ Oficina Virtual	
		2	Rede cinema digital	
	4	1	INOV-ART	
		2	Apoios financeiros	
MFAP	1	1	Acção social	
		2	Protecção social dos funcionários públicos	
	2	1	Imposto especial de consumo	

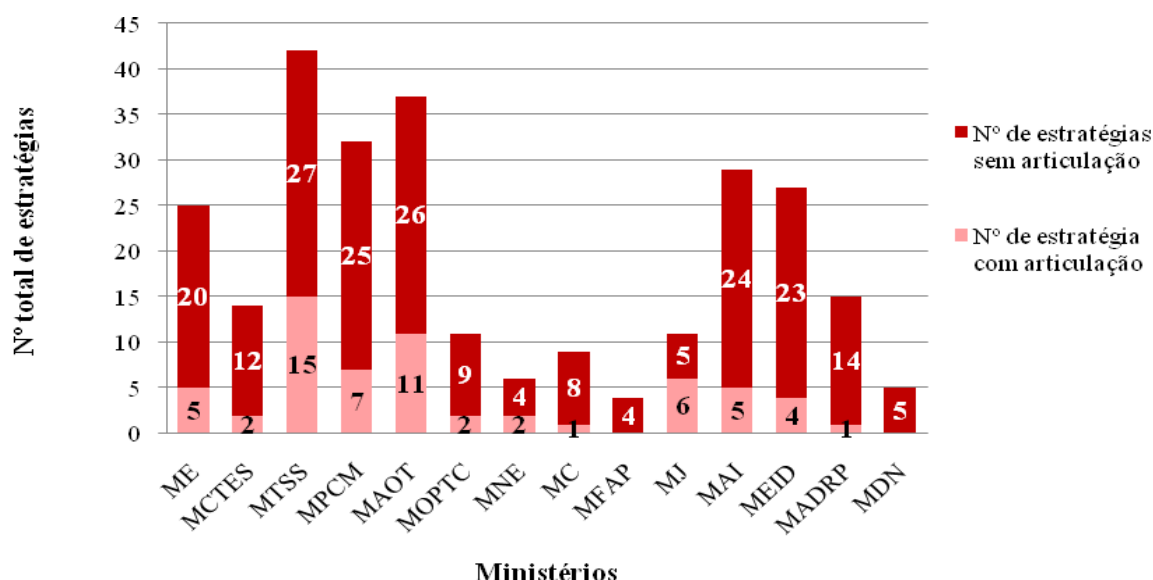
		2	Imposto sobre o álcool e sobre o tabaco	
MJ	1	1	Interrupção voluntária da gravidez	Sim
		2	Plano de Acção Nacional para o Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional	Sim
		3	Estratégia Nacional de Redução de Problemas Ligados ao Álcool	Sim
		4	Crianças e jovens em risco	Sim
		5	Centros educativos	
		6	Segurança e prevenção do crime	
	2	1	Certificados de óbito	Sim
		2	Perícias médico-legais e forenses	Sim
	3	1	Cartão do cidadão	
		2	Projecto Citius – Desmaterialização de processos nos tribunais	
		3	Plano de Acção para o Descongestionamento dos Tribunais	
MAI	1	1	PIPP - Programa Integrado de Policiamento de Proximidade	
		2	Passaporte electrónico português	
		3	Projecto RAPID – Reconhecimento Automático de Passageiros Identificados Documentalmente	
		4	SIGRE - Sistema Integrado de Gestão do Recenseamento Eleitoral	
		5	SIVICC - Sistema Integrado de Vigilância, Comando e Controlo	
		6	UTIS - Unidade de Tecnologias de Informação e Segurança	
		7	SIGESTE - Sistema Integrado de Gestão e Transporte de Explosivos	
		8	SIGAE - Sistema Integrado de Gestão de Armas e Explosivos	
		9	SISI - Sistema Integrado de Segurança Interna	Sim
		10	STS - Sistema Táxi Seguro	
		11	SAS - Sistema Abastecimento Seguro	
		12	Farmácia Segura	
	2	1	Plano Nacional de Defesa da Floresta contra Incêndios	Sim
		2	SCIE - Segurança Contra Incêndios em Edifícios	
		3	SEPNA - Serviço de Protecção da Natureza e do Ambiente e o GIPS - Grupo de Intervenção de Protecção e Socorro	
		4	EIP - Equipas de Intervenção Permanente	
		5	EMA - Empresa de Meios Aéreos	
		6	Sistema Nacional de Defesa da Floresta contra Incêndios	
	3	1	Protecção civil	
		2	SIOPS - Sistema Integrado de Operações de Protecção e Socorro	
		3	Prevenção de acidentes graves com substâncias perigosas	
		4	Transporte de doentes	Sim

	4	1	Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária 2008-2015	Sim
		2	ANSR - Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária	
		3	Revisão do código da estrada	
		4	Rede nacional de radares	
		5	Fiscalização da condução sob influência do álcool	Sim
		6	Cintos de segurança	
		7	Outras medidas de segurança rodoviária	
MEI	1	1	Programa Quadro INOFIN	
		2	INOVPreenda	
		3	Sistema de incentivos	
		4	QREN - Quadro de Referência Estratégico Nacional	
	2	1	INOV-Contacto e INOV-Vasco da Gama	
	3	1	Livro de reclamações	Sim
		2	ASAE	
		3	Produtos alimentares	
		4	Bebidas alcoólicas	Sim
		5	Cessação tabagica	Sim
		6	Segurança dos produtos	Sim
		7	Segurança dos brinquedos	
		8	Pirotecnia	
		9	Equipamento eléctrico de baixa tensão	
		10	Substâncias e preparações perigosas	
		11	Ponteiros a laser	
		12	Créditos	
		13	GOEC - Gabinete de Orientação ao Endividamento dos Consumidores	
		14	Gabinete de apoio ao sobrendividamento	
		15	Segurança nos espaços de jogo e recreio	
		16	Protecção às práticas desleais das empresas em relação ao consumidor	
		17	Protecção dos desfavorecidos	
	4	1	Plano Estratégico Nacional de Turismo	
		2	Formação em Turismo	
		3	PIT - Programa de Intervenção do Turismo	
		4	Inspecção dos jogos	
	5	1	Estratégia Nacional para a Energia	
MADRP	1	1	Segurança alimentar	
		2	Organismos geneticamente modificados	
		3	Sal alimentar	
		4	Rotulagem	Sim
	2	1	Produtos fitofarmacêuticos	
		2	Biocidas	
		3	Estratégia Nacional para as Florestas	
		4	Efluentes agro-pecuários e agro-industriais	
	3	1	Política sanitária de produção	

		2	Veterinária
	4	1	Financiamentos
		2	PROMAR - Programa Operacional Pesca 2007-2013
		3	PEN PESCA - Plano Estratégico Nacional para a Pesca 2007-2013
	5	1	PRODER - Programa de Desenvolvimento Rural do Continente
		2	PEN - Plano Estratégico Nacional
MDN	1	1	Estratégia Nacional para o Mar
		2	Defesa nacional
		3	IESM - Instituto de Estudos Superiores Militares
		4	Informação geográfica
	2	1	Programa de apoio às missões de paz em África

Como se pode observar, foram identificadas 267 estratégias de potenciais ganhos em saúde. Estas estratégias foram seleccionadas porque influenciam os determinantes sociais da saúde e, como se pode constatar nos anexos II, apresentam oportunidades de os influenciar positivamente. Em 61 das 267 estratégias foi identificada a representação do Ministério da Saúde. O gráfico 2 esquematiza o número total de estratégias com e sem representação do MS.

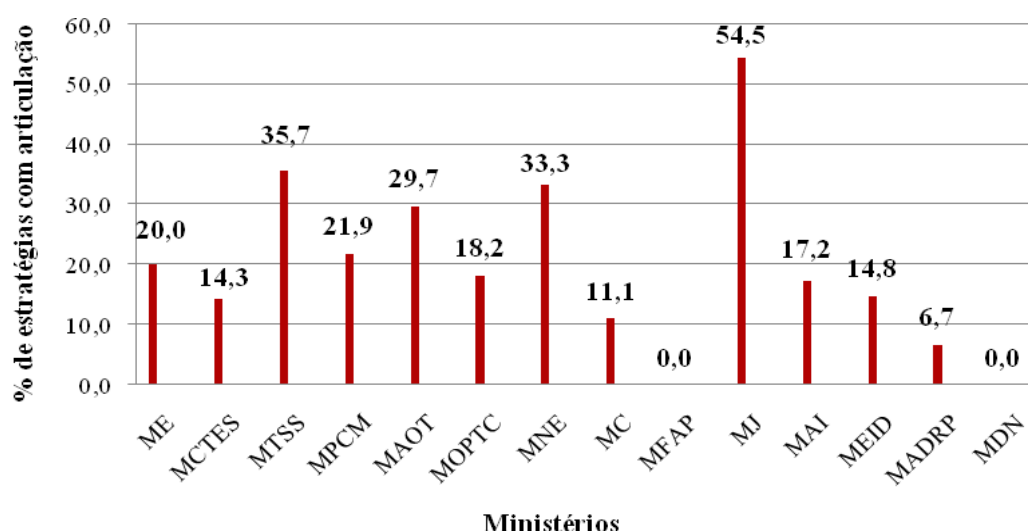
Gráfico 3 - Número total de estratégias de potenciais ganhos em saúde com e sem representação do Ministério da Saúde



Analisando o gráfico 3 depreende-se que os Ministérios diferem quanto ao número de estratégias de potenciais ganhos em saúde identificadas. Desta forma, com um número de

estratégias igual ou superior a 25 encontram-se o MTSS (n=42), MAOT (n=37), MPCM (n=32), MAI (n=29), MEID (n=27) e o ME (n=25). Com um número de estratégias inferior a 25 temos o MADRP (n=15), MCTES (n=14), MOPTC (n=11), MJ (n=11), MC (n=9), MNE (n=6), MDN (n=5) e o MFAP (n=4). Em relação aos Ministérios que apresentam um maior número de estratégias com articulação com o MS evidenciam-se o MTSS com 15 estratégias, o MAOT com 11, o MPCM com 7, o MJ com 6 e os ME e MAI ambos com 5 estratégias. Salienta-se que o MFAP e o MDN não apresentam estratégias com articulação com o sector da saúde. Relativamente aos Ministérios que apresentam um menor número de estratégias com articulação com o MS salientam-se o MC e o MADRP com 1 estratégia, o MCTES, MOPTC e o MNE com 2 estratégias e o MEID com 4. O gráfico 4 apresenta a percentagem de estratégias com e sem representação do MS.

Gráfico 4 - Percentagem de estratégias de potenciais ganhos em saúde com e sem representação do Ministério da Saúde



A investigação efectuada permitiu ainda ter uma ideia geral da articulação existente entre os diferentes Ministérios na implementação de estratégias com potenciais ganhos em saúde. Contudo, ressalta-se que estes achados são retirados dos documentos analisados, não estando, por esta razão identificadas todas as articulações existentes, uma vez que estes foram seleccionados segundo alguns critérios de inclusão/exclusão. O gráfico 5 esquematiza as articulações observadas entre os Ministérios na implementação das referidas estratégias.

Tabela 4 - Matriz de articulações entre os diferentes Ministérios na implementação de estratégias de potenciais ganhos em saúde

	MS	ME	MCTES	MTSS	MPCM	MAOT	MOPTC	MNE	MC	MFAP	MJ	MAI	MEID	MADRP	MDN
MS															
ME															
MCTES															
MTSS															
MPCM															
MAOT															
MOPTC															
MNE															
MC															
MFAP															
MJ															
MAI															
MEID															
MADRP															
MDN															

Legenda

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----

Observando o gráfico 5 consegue-se identificar três níveis de articulação: o primeiro nível corresponde a uma fraca articulação na implementação das estratégias, isto é, os Ministérios apresentam um nível baixo de articulação entre si (escala de 1 a 5); o segundo nível equivale a uma articulação média na implementação das estratégias (escala de 6 a 10); e o terceiro nível representa um elevado nível de articulação entre os Ministérios na implementação das ditas estratégias (escala 11 a 15).

Assim, verifica-se que no terceiro nível estão representados os seguintes Ministérios: MTSS, MPCM, MAOT, MFAP, MAI, MEI, MADRP e o MS. No segundo nível de articulação foram identificados os Ministérios: ME, MCTES, MTSS, MPCM, MAOT, MOPTC, MFAP, MJ, MEID e MS. Ressalta-se que o ME, MCTES, MOPTC e o MJ foram os “novos” Ministérios identificados neste nível. Por fim, todos os Ministérios se encontram representados no primeiro nível. Salienta-se que o MNE, MC e MDN estão somente mencionados neste nível.

2. Descrever o papel do Ministério da Saúde, formal e previsto na legislação, na implementação de estratégias de potenciais ganhos em saúde.

Da análise realizada aos diversos documentos resultou a possibilidade de compreender a articulação existente entre os diferentes Ministérios para a implementação de estratégias, em particular a articulação do MS com os restantes Ministérios. Neste sentido, importa realçar e descrever o papel do sector da saúde na implementação de tais estratégias. Relembra-se que para uma análise mais detalhada do papel do MS os leitores deverão consultar as análises pormenorizadas no anexo II.

Relativamente ao ME foi verificada a articulação do MS em 5 das 25 estratégias observadas. Assim, o sector da saúde está representado no desenvolvimento das seguintes estratégias: “educação para a saúde”, “educação sexual” e “refeições escolares”, esta última especificamente no “regime de fruta alimentar”. Na primeira e segunda estratégias o sector da saúde assegura as condições de cooperação das unidades de saúde com as escolas, possibilitando aos alunos recorrerem a estas unidades de saúde sempre que necessitam; na terceira estratégia, o sector da saúde assume a posição de regulador e aprova a lista de produtos que devem ser distribuídos nas escolas, definindo as regras de distribuição. Foi também identificada a articulação entre os Ministérios na estratégia de “modernização dos estabelecimentos de ensino”, em que o MS é responsável pela inspecção higiénico-sanitária

das escolas. Foi ainda reconhecido o papel do sector da saúde no “Plano Nacional de Leitura”, no qual contribui com conteúdos de leitura.

No que respeita à articulação existente entre MCTES e o MS foi identificada uma parceria entre ambos na estratégia de “protecção radiológica”, onde o organismo da saúde tem um papel de regulador das práticas e licenças dos equipamentos de radiação ionizante e, também, na definição de normas de protecção sanitária dos trabalhadores e da população em geral. Ao nível da “investigação em saúde” existe uma articulação entre os dois Ministérios em várias vertentes: no “regulamento dos internos doutorandos” o sector da saúde é responsável pela formação e aprendizagem do interno e, relativamente aos “projectos de investigação científica e desenvolvimento tecnológico” o MS financia a 50% estes projectos.

Em relação à articulação do MTSS com o MS, foi identificada a representação do sector da saúde em 15 das 42 estratégias. Assim, na estratégia de “segurança no trabalho” o sector da saúde faz-se representar no Conselho Consultivo para a Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho. Para além disso desenvolve actividades de promoção e vigilância da saúde através das instituições e serviços do SNS, dinamizando e apoiando a formação de médicos em medicina do trabalho. Também na “Comissão para a Promoção de Políticas de Família e o Conselho Consultivo das Famílias” e na “Comissão de Acompanhamento do Programa Saúde e Termalismo Sénior 2007” se encontra a presença de elementos do MS. Habitualmente estas Comissões têm o objectivo de avaliar e definir intervenções estratégicas sobre determinados temas e, por essa razão, é importante que o MS esteja representado para vigorar a saúde nestas intervenções. A sua colaboração nos programas “PARES” e “PAEIS” é de coordenação dos cuidados de saúde oferecidos à população (idosa, crianças, experiência de deficiência), através de protocolos de parceria entre os seus serviços, as organizações sociais e as autarquias. Na estratégia “rede de cuidados continuados” o sector da saúde coordena a Comissão para o desenvolvimento dos cuidados de saúde às pessoas idosas e aos cidadãos em situação de dependência e assegura os cuidados médicos ao doente, realizando a avaliação da situação e dando o devido encaminhamento para os serviços mais adequados. Na medida “benefícios adicionais à saúde do idoso”, o MS criou um regime de benefícios adicionais de saúde para apoiar os idosos em algumas despesas, nomeadamente: medicamentos; óculos e lentes; e próteses dentárias. No programa “Rede Social” há envolvimento do MS pela sua representação e assento nos órgãos próprios da rede. No “Rendimento social de inserção” o

sector da saúde está envolvido nos Núcleos Locais de Inserção, no entanto, não foi possível compreender qual a sua contribuição nestes Núcleos. O MS também teve uma participação na elaboração e implementação de alguns planos e programas intersectoriais, nomeadamente no “Plano Nacional para a Inclusão 2006-2008”, no “Plano Nacional para a Promoção da Acessibilidade”, no “Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade”, na “Estratégia Nacional para a Protecção Social e Inclusão Social 2008-2010” e na “Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem-Abrigo 2009 – 2015”. Em todos eles o MS assegura o acesso ao sistema de saúde, principalmente ao nível dos cuidados primários e cuidados continuados integrados. Foi também identificada uma representação deste sector no apoio a actividades de informação e divulgação e na avaliação das condições de acessibilidade. Salienta-se algumas medidas especificamente criadas e desenvolvidas no âmbito da “Estratégia Nacional para a Protecção Social e Inclusão Social 2008-2010”: a Linha Saúde 24, o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral e o Programa Nascer Cidadão. Em todas elas o MS tem um papel central. Por fim, na estratégia “abono de família pré-natal” o sector da saúde cria o modelo de certificação médica de tempo de gravidez para atribuição do abono pré-natal.

No que concerne à parceria entre o MPCM e o MS identificou-se uma articulação em 7 das 32 estratégias. Desta forma, foi identificada a representação do sector da saúde na implementação do “Programa CUIDA-TE”, através da disponibilização de unidades móveis para o rastreio de VIH/Sida: no “Programa Especial de Voluntariado na Saúde - SNS Jovem”, permitindo aos estudantes de licenciatura o contacto com os serviços de saúde e os utentes e possibilitando o exercício de actividades de voluntariado nas estruturas do SNS. Nos programas “III Plano Nacional para a Igualdade”, “III Plano Nacional contra a Violência Doméstica”, “I Plano Nacional contra o Tráfico de Seres Humanos”, e “III Plano para a Integração de Imigrantes” o MS encontra-se fortemente representado desenvolvendo actividades de sensibilização e educação para as diferentes problemáticas, na formação dos profissionais de saúde médicos e não médicos sobre questões de saúde da mulher e saúde sexual, facilitando ainda o acesso das vítimas aos serviços de saúde, isentando-as das taxas moderadoras. No “III Plano para a Integração dos Imigrantes” este sector centra as suas actividades essencialmente na melhoria do acesso dos imigrantes aos serviços de saúde e na sensibilização dos profissionais de saúde para as questões da interculturalidade. Relativamente à estratégia “estatísticas em saúde” o MS tem a responsabilidade de recolher os

dados relacionados com a saúde (nas estruturas do SNS) e de os remeter para o INE que os analisa. Colabora ainda na divulgação do material analisado.

Relativamente à articulação entre o MAOT e o MS, foi identificada a representação do sector da saúde em 11 das 37 estratégias. Assim, no “Plano Nacional Saúde e Ambiente” desenvolvido em 2009, os dois Ministérios trabalham em estrita parceria e são ambos co-coordenadores do Plano. Na estratégia “gestão e planeamento em matéria de resíduos” o MS tem o papel de “conselheiro” e, desta forma, emite o seu parecer relativamente ao tratamento dos resíduos hospitalares e no desenvolvimento e implementação do Plano Estratégico de Resíduos Hospitalares. Nos “regime de actividade pecuária” e “industrial” o sector da saúde pronuncia-se sobre questões que se incluem no âmbito das suas atribuições e competências. No que respeita às “compras públicas ecológicas” o sector da saúde, tal como os restantes Ministérios, adquire equipamento de escritório ecológico. Na estratégia “alterações climáticas” o sector da saúde é responsável pelo grupo de trabalho referente ao estudo das alterações climáticas e seus efeitos na distribuição e prevalência das doenças em Portugal. Na “água e saneamento” o MS faz parte da comissão técnica de acompanhamento do Plano Nacional da Água. Em relação à sua participação na estratégia “produtos químicos” compete-lhe avaliar, autorizar e restringir a utilização de produtos químicos de acordo com os riscos que acarreta para a saúde humana. Na medida “radiações ionizantes” o sector da saúde é responsável por desenvolver acções genéricas na área da protecção contra radiações ionizantes. É ainda o órgão competente para intervir em todas as situações de emergência radiológica em instalações. No “licenciamento ambiental” o MS está representado na Direcção Consultiva do PCIP para assuntos relacionados com o licenciamento de operações de gestão de resíduos hospitalares. Por último na estratégia “urbanismo e edificação” o sector da saúde está representado no grupo de trabalho da Iniciativa Operações de Qualificação e reinserção Urbana de Bairros Críticos.

No que respeita à articulação existente entre o MOPTC e o MS foi identificada uma parceira em 2 das 11 estratégias. Verificou-se uma interacção na estratégia “habilitação legal para conduzir”, onde o sector da saúde realiza a avaliação médica e psicológica dos cidadãos, fiscalizando ainda os centros onde se efectuam estas avaliações. Na “rede de nova geração”, o MS implementa este sistema na rede pública de hospitais e centros de saúde.

Em relação à representação do MS em estratégias implementadas pelo MNE verificou-se uma parceria em 2 das 6 estratégias. Evidencia-se uma estreita colaboração entre o MS e os Organismos Internacionais que tutelam a saúde nos diferentes países europeus e nos PALOPS, para o tratamento de pacientes oriundos destes países. Neste caso o MNE estabelece a ponte para as negociações e o MS desenvolve a actividade de prestação de cuidados de saúde. No que se refere ao papel do sector da saúde no “Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP” este não é evidente nos vários documentos analisados.

No âmbito das actividades realizadas pelo MC identificou-se uma articulação entre o MC e o MS em 1 das 9 estratégias. Assim, na medida “valorização do património cultural”, especificamente na área da gestão de documentos o MS produz documentos dentro das suas estruturas, que posteriormente remete para o MC que os avalia, selecciona e preserva.

Quanto à colaboração entre o MFAP e o MS a única articulação identificada foi a do financiamento ao MS á semelhança do que acontece com todos os Ministérios.

No que concerne às actividades realizadas pelo MJ, verifica-se que existe a colaboração do MS na implementação de 6 das 11 estratégias. Assim, na “interrupção voluntária da gravidez” o sector da saúde realiza e acompanha interrupção da gravidez, através do SNS. No “Plano de Acção Nacional para o Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional” o sector da saúde articula-se com o MJ para a elaboração de estratégias e implementação de medidas que visam a prevenção de doenças infecto-contagiosas em meio prisional. Na “Estratégia Nacional de Redução de Problemas Ligados ao Álcool” o MS participa em todas as acções delineadas no plano através do Instituto da Droga e da Toxicodependência, organismo sob sua tutela. Na estratégia “crianças e jovens em risco” o MS elaborou o documento “Maus tratos em crianças e jovens - Intervenção da saúde” com o objectivo de facilitar a detecção de casos de risco. Assim, os profissionais de saúde ao detectarem um caso de risco procedem ao devido encaminhamento para as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens ou para os Tribunais, consoante a análise da situação. Nos “certificados de óbito” o sector da saúde faz a análise dos registos de causa de morte e respectiva divulgação dos mesmos. Por último nas “perícias médico-legais e forenses” o MS realiza as mesmas em estabelecimentos do SNS quando o Instituto Nacional de Medicina Legal não tem condições para o fazer, como por exemplo, quando são necessários médicos com formações específicas e especializadas.

A articulação entre o MAI e o MS é visível em 5 das 29 estratégias identificadas. Verificou-se uma colaboração, ao nível do “Sistema Integrado de Segurança Interna”, especificamente no número de emergência 112, em que o MS fornece os meios necessários de resposta a situações de emergência médica; no “Plano Nacional de Defesa da Floresta contra Incêndios” contribui com o serviço de emergência médica do INEM; no “transporte de doentes” é responsável por avaliar as condições técnicas e os equipamentos das viaturas que transportam os doentes e define a formação dos seus tripulantes, financiando também tal serviço; na “Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária 2008-2015” colabora na execução do programa de fiscalização de álcool, substâncias psicotrópicas, velocidade, dispositivos segurança e distâncias de segurança e no programa integrado de melhoria de assistência às vítimas, através das suas estruturas do SNS; por fim, na “fiscalização da condução sob influência do álcool” o sector da saúde elaborou o guia de orientação de indícios, onde estão elencadas as possíveis reacções do ser humano sob o efeito de determinadas substâncias. Quando necessário, os agentes da autoridade acompanham a vítima aos serviços de saúde para a realização de testes ao sangue, no sentido de despistarem o consumo de determinadas substâncias.

Da pesquisa efectuada ao MEID foi evidenciada uma articulação com o MS em 5 das 27 estratégias identificadas. Neste sentido, o sector da saúde tem uma colaboração nas seguintes medidas: “livro de reclamações”, “bebidas alcoólicas”, “cessação tabágica” e “segurança dos produtos”. Na primeira estratégia o sector da saúde colabora na implementação desta medida, disponibilizando o livro de reclamações quando é requisitado; na segunda estratégia o MS regulamenta a disponibilização e o consumo de bebidas alcoólicas no local de trabalho, refeitórios, bares, cafetarias e locais similares dos serviços e organismos da administração central e local; na terceira estratégia o sector da saúde colabora no cumprimento da lei, nomeadamente no controlo das substâncias químicas no tabaco. Assegura que a informação relativa às substâncias químicas incorporadas no tabaco chega aos consumidores e realiza o acompanhamento estatístico e epidemiológico do consumo de tabaco em Portugal; na última estratégia o MS informa a Comissão Europeia que determinado produto apresenta riscos para a saúde e segurança dos consumidores, quando se trata de notificações relativas a produtos cosméticos. O MS está também representado na Comissão de Segurança de Serviços e Bens de Consumo.

Relativamente à articulação entre o MADRP e o MS, foi identificada a representação do sector da saúde em 1 das 15 estratégias. Na implementação da “rotulagem” das bebidas refrigerantes. Não é evidente qual o papel do sector da saúde na execução desta estratégia, contudo, deduz-se que terá a ver com as validades de consumo e composições dos produtos que podem influenciar a saúde pública.

Por fim, não foi evidenciada uma articulação entre o MDN e o MS.

Apresentados os principais resultados do estudo, inicia-se um novo capítulo que estabelece a articulação entre os achados e o corpo teórico do trabalho.

5. DISCUSSÃO

A discussão é, segundo Mason, Wright e Luu (2008), a secção do trabalho onde se analisa e interpreta os principais resultados do estudo. Os autores referem que deve ficar explícito o significado dos resultados, a sua comparação com os resultados de outros estudos, a relação entre os resultados obtidos e os objectivos traçados, as limitações do estudo, bem como, as suas implicações para futuras investigações (Mason, Wright & Luu, 2008).

Começando por abordar as limitações do presente estudo é importante ressaltar que estas se relacionam essencialmente com questões metodológicas. De acordo com Yin (2001), o estudo de caso enquanto plano de investigação apresenta falta de rigor, uma vez que, o investigador pode “contaminar” a investigação através de falsas evidências ou visões distorcidas da realidade que observa. Contudo, o autor também menciona que existem formas de evidenciar a fiabilidade¹⁸ e a validade¹⁹ do estudo, colmatando assim esta potencial falta de rigor (Yin, 2001).

É de salientar que o estudo é susceptível à variabilidade inter-observador, isto é, a leitura dos documentos e a interpretação dos resultados apresentam um carácter subjectivo, inerente ao sujeito que desenvolve este trabalho. Tal facto pode constituir um problema de fiabilidade. Contudo, de forma a minimizar tal viés foi solicitado aos pontos focais dos diversos Ministérios que corrigissem e complementassem a informação recolhida, através da análise documental.

Por outro lado, é de realçar que apesar da análise efectuada a cada documento seleccionado, não se pode verdadeiramente compreender qual o impacto das estratégias, acções e medidas preconizadas pelos diferentes Ministérios, na saúde e bem-estar da população.

¹⁸ A fiabilidade de uma técnica pode ser averiguada através da sua consistência ou estabilidade, isto é, uma técnica é fiável se não produz resultados significativamente diferentes ao ser repetida sobre o mesmo indivíduo/fenómeno.

¹⁹ A validade de uma técnica está relacionada com a capacidade de esta traduzir de forma correcta a grandeza do que se pretende medir, ou seja, uma técnica é válida se produzir resultados verdadeiros (diz respeito à sua veracidade). Uma técnica pode ser fiável, mas pode estar errada e portanto ser inválida. Assim, fiabilidade não implica validade, mas é um requisito para avaliar a validade. Ou seja, uma medida para ser válida deve antes de mais ser fiável. Consequentemente, deve-se primeiro avaliar a fiabilidade dos instrumentos de medida e só depois avaliar a validade dos mesmos.

As opções metodológicas tomadas procuraram reduzir a possibilidade de enviesamentos na análise dos dados obtidos. O facto de se estar perante um estudo de caso não permite a generalização dos resultados obtidos a outras populações, servindo estes apenas para a descrição do presente estudo (Yin, 2001).

Apesar das limitações existentes, este trabalho apresenta também os seguintes pontos fortes. Ter sido efectuada uma análise qualitativa exploratória a todos os sectores governamentais e esta ter sido validada, corrigida e complementada pelos pontos focais dos diferentes Ministérios. Por evidenciar o potencial que existe nas estratégias, constituindo uma ferramenta de trabalho que orienta o estabelecimento de acções intersectoriais visando potenciar ganhos em saúde. Por último, pelo facto de abordar um tema tão actual e relevante, tornando-se este estudo pioneiro em Portugal e constituindo-se num ponto de partida para futuras investigações nesta área.

A leitura da tabela 3, referente às estratégias de potenciais ganhos em saúde, evidencia, de uma forma geral um compromisso do XVII Governo Constitucional na implementação de medidas relacionadas com conhecimento, inovação e qualificação, ambiente e segurança das sociedades, emprego, inclusão social, energia e defesa do consumidor. Tal facto vai ao encontro das orientações políticas do Governo definidas nas Grandes Opções do Plano, em torno de 5 eixos prioritários²⁰, bem como da implementação da Estratégia que assume na sua designação o nome da sua capital, a Estratégia de Lisboa²¹.

Como descrito anteriormente, a Estratégia de Lisboa incorpora na sua “filosofia” a protecção da saúde como alavanca para uma economia forte e competitiva. Existe uma riquíssima literatura que comprova que a saúde e a riqueza das nações estão interligadas, ou seja, uma melhor saúde da população aumenta as taxas de crescimento económico, sendo que o contrário é também possível, fracas condições de saúde podem ter consequências negativas para a economia dos países (Wismar, et al, 2006). Neste sentido, já não é possível dissociar

²⁰ 5 eixos prioritários: assegurar um crescimento sustentado assente no conhecimento, inovação e qualificação dos recursos humanos; reforçar a coesão social, reduzindo a pobreza e criando mais igualdade de oportunidades; melhorar a qualidade de vida e reforçar a coesão territorial; elevar a qualidade da democracia, modernizando o sistema político e colocando a justiça e a segurança ao serviço da plena cidadania; e valorizar o posicionamento externo de Portugal e construir uma política de defesa adequada à melhor inserção internacional do País (Grandes Opções do Plano, 2005-2009).

²¹ A Estratégia de Lisboa assumiu em 2006, para o período de 2008-2010, 4 domínios prioritários de acção: conhecimento e inovação, ambiente das sociedades, emprego, energia e alterações climáticas.

estes dois elementos. A ratificação do Tratado de Amesterdão em 1997 pelos Estados Membros e a definição da Estratégia Europeia de Saúde²² são também alguns indicadores demonstrativos de uma Europa empenhada na implementação da SdTP. Portugal como Estado Membro da UE assume estas orientações. O Governo Português demonstra também sinais de interesse em adoptar a SdTP quando inclui esta abordagem na definição do PNS 2004-2010, por um lado, e no desenvolvimento de instrumentos de avaliação de impacto na saúde, por outro.

Salienta-se que foram identificadas 267 estratégias de potenciais ganhos em saúde implementadas durante o XVII Governo Constitucional. Estas estratégias foram identificadas porque têm uma influência “positiva” nos determinantes sociais da saúde. Sublinha-se, no entanto, que não foi realizada uma avaliação que permita saber quais os reais impactos que cada estratégia tem na saúde e bem-estar da população. Para estas situações, a avaliação de impacto em saúde é uma ferramenta fundamental, uma vez que efectua a análise do impacto que determinada medida (ou política) tem na saúde (Santos & Miguel, 2009). A avaliação de políticas públicas tem-se tornado uma prática cada vez mais comum, na medida que se torna imprescindível no processo de formulação e aperfeiçoamento das acções do Estado e outras entidades. Em Portugal este instrumento está em fase de desenvolvimento e implementação (Santos & Miguel, 2009). Contudo, não existe legislação que torne obrigatória a prática de avaliação de impacto em saúde, como se verifica em certos países da Europa, por exemplo na Inglaterra e Holanda (Blau, et al, 2006). É conhecido que o sector do ambiente faz uma grande utilização de ferramentas de avaliação de impacto para compreender os riscos que as suas medidas podem ter (ou não) na saúde da população. Recentemente foi lançado um estudo de avaliação de impacto em saúde nas políticas de trabalho.

A análise efectuada aos diferentes sectores permite afirmar que o Ministério da Saúde tem alguma articulação com o ME, MCTES, MTSS, MPCM, MAOT, MOPTC, MNE, MC, MJ, MAI, MEID e o MADRP. Observando os resultados depreende-se que esta articulação é mais evidente com o ME, MTSS, MPCM, MAOT, MJ e o MAI, uma vez que foi identificada um maior número de estratégias de potenciais ganhos em saúde concebidas em articulação. Salientam-se algumas estratégias, inseridas dentro destes Ministérios, que assumem relevo na obtenção de ganhos em saúde. No ME é de realçar o Programa de Educação para a Saúde –

²² Livro Branco intitulado “Juntos para a saúde: uma abordagem estratégica para a UE (2008-2013)

Educação Sexual (Baptista, 2010); no MTSS destaca-se a Rede Nacional de Cuidados Continuados (Guerreiro, 2010); no MPCM evidencia-se o Programa CUIDA-TE; no MAOT salienta-se a elaboração do Plano Nacional de Acção Ambiente e Saúde (Vilão, 2010); no MJ distingue o Plano de Acção Nacional para o Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional; e por fim no MAI destacam-se as estratégias onde é necessária uma resposta rápida e de emergência. Nestas estratégias o sector da saúde assume uma posição de suporte e apoia os referidos Ministérios na implementação das mesmas (Public Health Agency of Canada, 2007). Estas situações são uma demonstração real de que a saúde da população depende e pode ser melhorada com políticas sob a responsabilidade primária de outros sectores (Machaqueiro, Cortes & Nicola, 2010).

O facto de o MS ter uma maior articulação com os sectores mencionados anteriormente é consistente com a revisão da literatura. De acordo com Sihto, Ollila e Koivusalo (2006), a implementação de estratégias que visam a obtenção de ganhos em saúde é mais comum em sectores cujos objectivos estratégicos vão ao encontro dos objectivos da saúde, do que em sectores onde os interesses da saúde são contrários aos interesses do próprio sector. Neste último caso, o diálogo intersectorial e o poder de negociação são mecanismos essenciais para iniciar a cooperação entre os sectores (Sihto, Ollila & Koivusalo, 2006).

A criação da Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Saúde, em 2007, constituída por diversas personalidades do sector da saúde e representantes dos Ministérios da Educação, do Trabalho e Solidariedade Social, do Ambiente e Ordenamento do Território e da Presidência de Conselho de Ministros é um factor explicativo da articulação evidenciada, potenciada pelo próprio objectivo desta Comissão, o de desenvolver mecanismos para assegurar a transversalidade da política da saúde em outras políticas internas do país (Alto Comissariado da Saúde, 2009). Por outro lado, o desenvolvimento do PNS 2004-2010 que assume na sua estratégia uma abordagem com base em contextos (*settings*: as escolas, os locais de trabalho e as prisões) é também justificativo de uma maior articulação com alguns sectores, nomeadamente, com o ME o MJ.

Não foi verificada uma articulação com o MFAP e o MDN. Na verdade, isto não significa que não haja articulação. Contudo, nos documentos seleccionados e tendo em conta os critérios de elegibilidade dos mesmos tal não foi identificado.

A tabela 5 demonstra a articulação existente entre os diferentes Ministérios e, também, os vários níveis de governação. Pode-se afirmar que a articulação entre os diferentes Ministérios para a implementação de estratégias é “algo visível”. Verifica-se, no entanto, que a prática de colaboração é mais comum em determinados Ministérios comparativamente com outros, como é o caso do MTSS, MPCP e o MAOT que apresentam um maior número de articulações com outros Ministérios. Um exemplo ilustrativo desta evidência foi o delineamento de alguns planos²³ estratégicos que demonstram um compromisso intersectorial para o alcance das metas definidas, evidenciando que os decisores políticos e a comunidade portuguesa têm mais consciência da necessidade de uma abordagem integrada e alargada para a resolução dos problemas que as sociedades contemporâneas enfrentam. Problemáticas como a deficiência, a toxicodependência, o VIH/Sida e o envelhecimento populacional levam, na maioria das vezes, a situações de pobreza e exclusão social (Pinto, 2010). Tais situações requerem estratégias políticas intersectoriais, uma vez que, a sua resolução depende de uma intervenção em diversos determinantes sociais da saúde.

A cooperação intersectorial, segundo Stahl e Lahtinen (2006), é um requisito fundamental para responder aos desafios da saúde pública moderna, definidos no Livro Branco CE, como as alterações demográficas, as pandemias, o bioterrorismo e as doenças associadas a estilos de vida pouco sãos (Comissão das Comunidades Europeias, 2007). Actualmente, a origem das doenças é complexa e está relacionada com os estilos de vida da sociedade contemporânea. O consumo excessivo do tabaco e bebidas alcoólicas, a má qualidade alimentar e a ausência de prática desportiva continuada favorecem o aparecimento de novas doenças, mais agressivas e resistentes à medicação convencional, razão esta que torna necessário abordagens inovadoras que se foquem na prevenção e na promoção. A mudança de comportamentos individuais requer um foco nos determinantes mais amplos, desde as condições de vida e de trabalho, às condições gerais socioeconómicas, culturais e ambientais (Stahl & Lahtinen, 2006). Desta forma a acção é necessária a todos os níveis de governação, desde o local ao global.

²³ Enunciando alguns: Plano Nacional para a Inclusão; Estratégia Nacional para a Protecção Social e Inclusão Social 2006-2008; Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade; Plano Nacional para a Promoção da Acessibilidade; Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem-Abrigo 2009-2015; III Plano Nacional para a Igualdade; III Plano Nacional contra a Violência Doméstica; I Plano Nacional contra o Tráfico de Seres Humanos; III Plano para a Integração de Imigrantes; Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária 2008-2015; Estratégia Nacional para as Florestas.

A evidência indica que as políticas saudáveis para serem efectivas devem envolver todos os sectores governamentais e que, para além disso, o delineamento e a execução destas políticas não deve permanecer somente associado ao poder central, mas também a outros níveis de governação, como o regional e o local (Milio, 1988), factor este que remete para outra consideração deste estudo.

Apesar de Portugal ter uma longa tradição de centralização no que diz respeito à concepção e implementação das políticas da saúde (Ferrinho e Simões, 2010), na verdade, foram evidenciadas diversas estratégias que comprovam o contrário. Os dois exemplos referidos no corpo teórico deste trabalho – rede de escolas promotoras da saúde e rede cidades saudáveis – demonstram o potencial que existe na implementação de políticas saudáveis ao nível regional e local. Nestas iniciativas as escolas e os municípios são a força motriz da acção e em alguns casos²⁴, são evidentes os ganhos em saúde.

A pesquisa efectuada permitiu também evidenciar uma articulação entre os vários níveis de governação. Exemplo disso é a implementação da educação para a saúde, da educação sexual e das refeições escolares que demonstra, na prática, uma cooperação entre diversos organismos: os Ministérios (educação e saúde), as autarquias, as escolas, os centros de saúde e o terceiro sector. A implementação da rede de cuidados continuados é ilustrativa da importância das organizações da sociedade civil para a resolução de problemas e o sucesso das iniciativas. Segundo Puska e Stahl (2010), esta cooperação deve envolver não somente as estruturas governamentais, como também o sector privado e o terceiro sector. A CE reforça esta visão afirmando que “Integrar a dimensão da saúde em todas as políticas implica também envolver novos parceiros na política de saúde. A Comissão estabelecerá parcerias (...), nomeadamente com as ONG, a indústria, o sector universitário e a comunicação social (Comissão das Comunidades Europeias, 2007, p. 6). De facto, é cada vez mais explícito o papel que o sector privado tem na saúde da população (Hancock, s.d). Exemplos práticos são as ementas dos restaurantes e as medidas de segurança nos automóveis, que demonstram o papel imperativo que as empresas têm ou não na promoção da saúde e na prevenção da doença (Hancock, s.d). Mecanismos de regulação terão de existir, no entanto, não serão suficientes se não forem desenvolvidas outras estratégias. Hancock (s.d.) defende a

²⁴ Para mais informação o leitor deverá consultar o site oficial nacional da Rede Cidades Saudáveis: <http://www.redecidadessaudaveis.com/pt/>

importância de desenvolver estratégias de advocacia, de protecção dos consumidores e de estabelecer relações com os meios de comunicação

Por último, a análise realizada ressalta o facto de as estratégias de potenciais ganhos em saúde identificadas se situarem especialmente na quinta camada do ecossistema de determinantes sociais da saúde. Segundo Dahlgren & Whitehead (1991; 2007b) as políticas associadas a este camada pretendem melhorar as condições de vida e trabalho da população, o acesso a alimentos e a serviços essenciais como a saúde e a educação. Desta forma, fica a recomendação de que devem ser desenvolvidas estratégias a outros níveis (camadas), pois os ganhos efectivos em saúde e bem-estar da população só serão alcançados quando as estratégias forem delineadas como um todo, como um organismo inserido num ecossistema de determinantes da saúde.

Dando por terminado o capítulo da discussão, inicia-se o próximo exaltando as principais conclusões do estudo.

6. CONCLUSÕES

Os objectivos inicialmente traçados e a questão de investigação lançada para este estudo de caso foram efectivamente alcançados.

De forma sucinta, este estudo identificou 267 estratégias de potenciais ganhos em saúde. Estas foram identificadas por se considerar que exercem uma influência “positiva” nos determinantes sociais da saúde. Isto significa que ainda existe um enorme potencial por explorar, de forma a alcançar mais saúde e bem-estar para a população portuguesa. Por outro lado, evidenciou que o sector da saúde tem uma maior articulação com alguns Ministérios, nomeadamente, com o ME, MTSS, MPCM, MAOT, MJ e o MAI. Foi também evidenciada alguma articulação com outros Ministérios, mas em menor número. Apenas com o MFAP e o MDN não foi observada uma articulação.

Neste sentido, realça-se a importância de desenvolver mecanismos que fomentem a cooperação intersectorial, uma vez que, é através dela que se estabelece o diálogo político intersectorial e assim se podem alcançar melhores políticas públicas, isto é, políticas mais saudáveis.

Os resultados permitiram ainda compreender que existe alguma articulação entre os vários níveis de governação, nomeadamente entre o poder central, local e o 3º sector. Apesar de ser ainda uma prática pouco desenvolvida, a articulação entre os diferentes níveis de governação começa a ser visível. A literatura evidencia que se deve promover uma acção coordenada entre todos os sectores da sociedade, no sentido de se resolverem os problemas da sociedade, cada vez mais, complexos e difusos.

Contudo, ressalta-se que os dados devem ser interpretados com algum cuidado, especialmente porque não foi realizada uma avaliação das estratégias que permita compreender os reais impactos que possam ter na saúde e bem-estar da população. A prática da avaliação de impacto em saúde é fundamental e essencial para uma tomada de decisão informada. Assim, é importante que se trabalhe no sentido de desenvolver e difundir a avaliação de impacto em saúde a outros níveis e sectores, uma vez que todas as políticas têm impacto na saúde e, por essa razão, os decisores políticos devem tomar decisões baseadas em evidência, de forma a

minimizar os efeitos negativos e a maximizar os positivos. Para tal é também essencial desenvolver sistemas de indicadores que permitam registar, monitorizar e avaliar as iniciativas. É portanto necessário um investimento nesta área.

Enaltecendo ainda alguns aspectos que parecem importantes. Por um lado, a necessidade de fortalecer a articulação entre o MS e o ME, uma vez que este último tem a responsabilidade de formar e qualificar a juventude portuguesa e uma população jovem saudável é um investimento para a inovação e economia do país: “Investir na juventude significa investir naquilo que constitui a riqueza das nossas sociedades, hoje e no futuro. Trata-se de uma das chaves do sucesso do objectivo político definido pelo Conselho Europeu de Lisboa: fazer da Europa “a economia do conhecimento mais competitiva e mais dinâmica do mundo” (Comissão das Comunidades Europeias, 2001, p. 6).

Por outro, a necessidade de fortificar a articulação entre o MS e o MEID que é quase inexistente (os resultados apenas demonstram uma articulação na implementação de estratégias que visem a protecção do consumidor), mas que apresenta um enorme potencial para ambos os sectores: “a saúde em Portugal tem um enorme potencial de desenvolvimento ... que não é bem avaliado... que, só contando com os parceiros empresariais – deixando de lado os parceiros hospitalares e as universidades – facturam dois mil milhões de euros por ano ... temos ... um conjunto de serviços que são exportáveis e que trazem riqueza ao País ... Até 2020 a saúde em Portugal pode facturar cinco mil milhões ao ano” (Portela, 2010; cit por Ferrinho, De Sousa, Tavares, Nogueira, Portugal, 2010). Na verdade o carácter multidimensional que o conceito de saúde acarreta leva a que as actividades que lhe estão associadas sejam em número progressivamente maior. Às clássicas actividades da saúde polarizadas na medicina, na indústria farmacêutica e nos dispositivos médicos, juntam-se novas actividades relacionadas, como a cosmética, agro-alimentar, turismo, desporto, educação e cultura e ambiente (Health Cluster Portugal, 2010). Apesar de este sector representar um gasto significativo no PIB de um país, cerca de 9%, estes gastos devem ser questionados se são vistos como “despesa” ou “investimento”. Daqui se compreende a necessidade de uma maior articulação entre estes dois sectores.

Por último, salienta-se a importância do trabalho conjunto entre o MS e o MCTES. De acordo com o estudo do Health Cluster Portugal (2010), uma das particularidades do mercado de

saúde nacional prende-se com a forte intensidade em capital humano e em I&D (Inovação & Desenvolvimento) que as suas actividades encerram. O bom funcionamento dos sistemas de saúde está dependente de uma força de trabalho adequada, quer em quantidade quer em qualidade, e do investimento na inovação e tecnologia (Health Cluster Portugal, 2010). O estudo ressalta a urgência de se colmatar a escassez existente de recursos humanos especializados em saúde (quer seja pelo “mix” de qualificações, quer pelos “gaps” existentes na cobertura de certo tipo de serviços) e de se antecipar os consequentes riscos e incertezas que poderão resultar das crescentes exigências de investimento em I&D.

Termina-se dizendo que este trabalho constitui um primeiro passo para o aprofundar de conhecimentos nesta área de investigação. Na verdade, recentemente foram desenvolvidos estudos que demonstram a relação entre as políticas públicas e os determinantes sociais da saúde, ou sobre avaliação de impacto em saúde. No entanto, o processo de trabalhar colaborativamente com os diferentes sectores na implementação de políticas saudáveis ainda carece de trabalho mais aprofundado uma vez que o existente é escasso.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADELAIDE STATEMENT ON HEALTH IN ALL POLICIES, MOVING TOWARDS A SHARED GOVERNANCE FOR HEALTH AND WELL-BEING. (2010). Consultado a 1 de Julho de 2010, através de: http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf
- ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE. (2009). *Estratégias de Saúde em Portugal – O Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- AYERS, B. (1988). Adelaide 1988 – not so much a conference as a stepping-stone. *Health Promotion International*, 2(3), 289-291.
- BAILEY, K. D. (1994). *Methods of Social Research* (4th ed). Michigan: Free Press.
- BAPTISTA, M. (2010). A cooperação... do lado da educação. *Boletim pensar saúde*, (3) 6.
- BARDIN, L. (2008). *Análise de Conteúdo* (4th ed). Lisboa: Edições 70.
- BISCAIA, A. R., MARTINS, J. N., CARREIRA, M. F., GONÇALVES, I. G., ANTUNES, A. R., & FERRINHO, P. (2008). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal, Reformar para Novos Sucessos*. (2^a ed.). Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- BLAU, J., ERNST, K., WISMAR, M., BARO, F., BLENKUS, M., BREMEN, K., FEHR, R., GULIS, G., KAUPPINEN, T., MEKEL, O., NELIMARKKA, K., PERTTILA, K., SCAGNETTI, N., SPRENGER, M., STEGEMAN, I., & WELTEKE, R. (2006). The use of health impact assessment across Europe. In T. Stahl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen, & K. Leppo (Eds). *Health in All Policies: Prospects and potentials*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.
- BOWLING, A. (2009). *Research Methods in Health. Investigating Health and Health Services* (3th ed.). New York: Open University Press.

- COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS. (2001). *Livro Branco: Um novo impulso à juventude europeia*. Bruxelas. Comissão Europeia.
- COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS. (2007). *Livro Branco: Juntos para a Saúde: uma abordagem estratégica para a EU (2008-2013)*. Bruxelas. Comissão Europeia.
- COUCEIRO, L. (2010). Estratégia de potenciais ganhos em saúde. *Boletim pensar saúde*, (3) 6.
- CRESWELL, J. W. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (3th ed). Los Angeles: SAGE Publications.
- CSDH (COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE). (2005). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva. World Health Organization.
- DAHLGREN, G., & WHITEHEAD, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute of Futures Studies.
- DAHLGREN, G., & WHITEHEAD, M. (2007a). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. World Health Organization: Geneva.
- DAHLGREN, G., & WHITEHEAD, M. (2007b). *European Strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. World Health Organization: Geneva.
- DGIDC. (2009-2010). Edital: Resultados 2009-2010. Consultado a 1 de Julho de 2010, através de: http://sitio.dgidc.min-edu.pt/saude/Documents/Edital2009_2010.pdf
- DROPER, R. (1988). Healthy public policy: a new political challenge. *Health Promotion International*, 2(3), 217-218.

- EKLUND, L. (1999). From citizen participation towards community empowerment: an analysis on health promotion from citizen perspective. Dissertação académica apresentada à Faculty of Medicine of the University of Tampere, Tampere.
- FAFARD, P. (2008). Evidence and Healthy Public Policy: Insights from Health and Political Sciences. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy. Consultado a 10 de Dezembro de 2010, através de: http://www.cprn.org/documents/50036_EN.pdf
- FARIA, H. A., & CARVALHO, G. S. (2004). Escolas promotoras de saúde: factores críticos para o sucesso da parceria escola-centro de saúde. *Revista portuguesa de saúde pública*, 22 (2), 79-90.
- FERRINHO, H. (1991). *Desenvolvimento Rural: Uma metodologia da educação e da organização para a acção*. Comunicação para o Seminário sobre Desenvolvimento Rural realizado no CEAP. Ministério de Agricultura de Angola.
- FERRINHO, P., & SIMÕES, J. (2010). Consultado a 20 de Novembro de 2010, através de: <http://www.acs.min-saude.pt/>
- FERRINHO, P., DE SOUSA, S., TAVARES, A., NOGUEIRA, P., PORTUGAL, R. (2010). *Sistema de saúde da RLVT – Reflexão estratégica*.
- FLICK, U. (2006). *An Introduction to Qualitative Research* (3th ed.). London: SAGE Publications.
- GAGNON, F., TURGEON, J., & DALLAIRE, C. (2007). Healthy public policy. A conceptual cognitive framework. *Health Policy*, 81, 42–55.
- GRANDES OPÇÕES DO PLANO. (2005-2009). Assembleia da República. Consultado a 3 de Fevereiro de 2010, através de: http://www.unic.pt/images/stories/legislacao/L_52_2006.pdf

GRANDES OPÇÕES DO PLANO. (2008). Ministério das Finanças e da Administração Pública. Consultado a 4 de Fevereiro de 2010, através de: <http://www.dgo.pt/oe/2008/GOP2008.pdf>

GRANDES OPÇÕES DO PLANO. (2009). Ministério das Finanças e da Administração Pública. Consultado a 4 de Fevereiro de 2010, através de: <http://www.parlamento.pt/OrcamentoEstado/Documents/gop/gop2009.pdf>

GUERREIRO, I. (2010). Rede Nacional de Cuidados Integrados e Plano Nacional de Saúde: Presente e Futuro. *Boletim pensar saúde*, (3) 6.

HANCOCK, T. (s.d.). Consultado a 20 de Outubro de 2010, através de: <http://www.ncchpp.ca/en/>

HEALTH CLUSTER PORTUGAL. (2010). *Sustentabilidade e Competitividade na Saúde em Portugal*. Síntese do estudo. Lisboa: Instituto Superior de Economia e Gestão.

HILL, M., & HILL, A. (2008). *Investigação por questionário* (2ªEd.). Lisboa: Edições Sílado.

HLG/ HIA. (2004). *Working Group on Health Impact Assessment and Health Systems: Towards Health Systems Impact Assessment*. Report from the Sub-Group on Health Impact Assessment and Health Systems. High Level Group on Health Services and Medical Care.

INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH IN IRELAND. (2005). *A Healthier Future: A twenty year vision for health and wellbeing in Northern Ireland 2005 – 2025*. Ireland: Institute of Public Health in Ireland. Consultado a 12 de Fevereiro de 2009, através de: http://www.dhsspsni.gov.uk/show_publications?txtid=7282

INTERNATIONAL MEETING ON HEALTH IN ALL POLICIES. (2010). Report from the International Meeting on Health in All Policies. *Public Health Bulletin South Australia*, 7(2), 4-6. Consultado a 20 de Outubro de 2010, através de:

<http://www.health.sa.gov.au/pehs/publications/publichealthbulletin-pehs-sahealth-1007.pdf>

JOUSILAHTI, P. (2006). The Promotion of heart health: a vital investment for Europe. In T. Stahl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen, & K. Leppo (Eds). *Health in All Policies: Prospects and potentials*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.

KICKBUSCH, I. (2008). Health in All Policies: Setting the scene. *Public Health Bulletin South Australia*, 5(1), 3-5. Consultado a 18 de Novembro de 2009, através de: <http://www.health.sa.gov.au/pehs/publications/0803-PHB-HIAP-vol5-no1.pdf>

KICKBUSCH, I., & BUCKETT, K. (2010). Introduction. Health in All Policies: the evolution. In. I. Kickbusch, & K. Buckett (Eds). *Implementing Health in All Policies*. Adelaide: Government of South Australia.

KOIVUSALO, M. (2006). Moving health higher up the European agenda. In T. Stahl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen, & K. Leppo (Eds). *Health in All Policies: Prospects and potentials*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.

LAKATOS, E. M., & MARCONI, M. A. (2007). *Fundamentos da Metodologia Científica* (6th ed). São Paulo: Editora Atlas.

LEPPO, K. (2008). Health in All Policies: Perspectives from Europe. *Public Health Bulletin South Australia*, 5(1), 6-8. Consultado a 18 de Novembro de 2009, através de: <http://www.health.sa.gov.au/pehs/publications/0803-PHB-HIAP-vol5-no1.pdf>

MACHAQUEIRO, S., CORTES, M., & NICOLA, P. (2010). Análise dos Planos Nacionais de Saúde de Outros Países. Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Alto Comissariado da Saúde. Consultado a 20 de Dezembro de 2010, através de: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/10/EVP.pdf>

MASON, P., WRIGHT, P., & LUU, N. H. (2008). *Writing and Publishing a Scientific Article*. Consultado em Fevereiro, 2010, através da fonte: http://www.cmdtla.org/biblio/cat_view/59-livros-e-manuais.html

METCALFE, O., & HIGGINS, C. (2008). Healthy public policy – is health impact assessment the cornerstone? *Public Health*, 123, 296-301.

MILIO, N. (1988). Making healthy public policy; developing the science by learning the art: an ecological framework for policy studies. *Health Promotion International*, 2(3), 263-274.

OLLILA, E., LAHTINEM, E., MELKAS, T., WISMAR, M., STAHL, T., & LEPPÖ, K. (2006). Towards a healthier future. In T. Stahl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen, & K. Leppo (Eds). *Health in All Policies: Prospects and potentials*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.

ORNELAS, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século.

PLANETA AZUL. (2009). Consultado a 30 de Maio de 2010, através de: <http://www.planetazul.pt/edicoes1/planetazul/index.aspx>

PNS (PLANO NACIONAL DE SAÚDE). (2004-2010). Consultado a 30 de Dezembro de 2009, através de: <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA (2008). *Health Equity Through Intersectoral Action: An Analysis of 18 Country Case Studies*. Canada: World Health Organization. Consultado a 20 de Outubro de 2009, através de <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/hetia18-esgai18/pdf/hetia18-esgai18-eng.pdf>

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. (2007). *Crossing Sectors – Experiences in Intersectoral Action, Public Policy and Health*. Prepared by the Public Health Agency of Canada in collaboration with the Health Systems Knowledge Network of the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health and the Regional

- Network for Equity in Health in East and Southern Africa (EQUINET). Consultado a 30 de Outubro de 2009, através de: http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/index_e.html.
- PUSKA, P. (2008). The North Karelia Project: 30 years successfully. Preventing chronic diseases. *Diabetes Voice*, 53, 26-29.
- PUSKA, P., & STAHL, T. (2010). Health in All Policies – The Finnish Initiative: Background, Principles, and Current Issues. *Annual Review of Public Health*, 31, 315-328.
- QUIGLEY, R., DEN BROEDER, L., FURU, P., BOND, A., CAVE, B., & BOS, R. (2006). Health Impact Assessment International Best Practice Principles. *Special Publication Series*, 5, 1-4.
- REDE PORTUGUESA CIDADES SAUDÁVEIS (2006-2010). Consultado a 30 de Maio de 2010, através de: <http://www.redecidadessaudaveis.com/pt/>
- SAKELLARIDES, C. (2006). *De Alma a Harry. Crónica da Democratização da Saúde* (2ª ed.). Coimbra: Edições Almedina.
- SANTOS, M. J. H., & MIGUEL, J. M. P. (2009). Avaliação do impacte de políticas de diferentes sectores na saúde e nos sistemas de saúde: um ponto de situação. *Revista portuguesa de saúde pública*, 1, 5-17.
- SCHOOLS FOR HEALTH IN EUROPE. ACTING FOR BETTER SCHOOLS, LEADING TO BETTER LIVES. (2010). Consultado em Maio, 2010, através da fonte: <http://www.schoolsforhealth.eu/index.cfm?act=publications.lijst&cat=5&pagina=4>
- SIHTO, M., OLLILA, E., & KOIVUSALO, M. (2006). Principles and challenges of Health in All Policies. In T. Stahl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen, & K. Leppo (Eds). *Health in All Policies: Prospects and potentials*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.

- STAHL, T., & LAHTINEN, E. (2006). Towards closer intersectoral cooperation: the preparation of the finnish national health report. In T. Stahl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen, & K. Leppo (Eds). *Health in All Policies: Prospects and potenciales*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.
- TONES, K., E GREEN, J. (2004). *Health Promotion. Planning and Strategies*. London: SAGE Publications.
- VILÃO, R. (2010). A saúde nas políticas de ambiente. *Boletim pensar saúde*, (3) 6.
- WILLIAMS, C., LAWLESS, A., & PARKES, H. (2008). The South Australian Health in All Policies model: The developmental phase. *Public Health Bulletin South Australia*, 5(1), 30-34. Consultado em 20 de Abril de 2010, através de: <http://www.health.sa.gov.au/pehs/publications/0803-PHB-HIAP-vol5-no1.pdf>
- WISMAR, M., LAHTINEN, E., STAHL, T., OLLILA, E., & LEPPÖ, K. (2006). Introduction. In T. Stahl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen, & K. Leppo (Eds). *Health in All Policies: Prospects and potenciales*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1978). *Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde*. URSS. Consultado a 20 de Novembro de 2009, através de: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1986). *Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa. Consultado a 20 de Novembro de 2009, através de: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1988). *Declaração de Adelaide. Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Adelaide. Consultado a 20 de Novembro de 2009, através de: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1999). *Regional Office for Europe – Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach*. Brussels: Gothenburg consensus paper.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1999). *Violence Prevention: An Important Element of a Health-Promoting School*. Geneva: World Health Organization. WHO information series on school health: document three. Consultado a 10 de Fevereiro de 2010, através de http://www.who.int/school_youth_health/media/en/sch_violence_prevention_en.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2003a). *The Physical School Environment: An Essential Component of a Health-Promoting School*. Geneva: World Health Organization. WHO information series on school health: document two. Consultado a 5 de Fevereiro de 2010, através de: http://www.who.int/school_youth_health/media/en/physical_sch_environment_v2.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2003b). *Healthy Nutrition: An Essential Element of a Health- Promoting School*. Geneva: World Health Organization. WHO information series on school health: document four. Consultado a 2 de Fevereiro de 2010, através de: http://www.who.int/school_youth_health/media/en/428.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2003c). *Family life, reproductive health, and population education: key elements of a health-promoting school*. Geneva: World Health Organization. WHO information series on school health: document eight. Consultado a 2 de Fevereiro de 2010, através de: http://www.who.int/school_youth_health/media/en/family_life.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2003d). *Promoting Physical Activity in Schools: An Important Element of a Health -Promoting School*. Geneva: World Health Organization. WHO information series on school health: document twelve. Consultado a 5 de Fevereiro de 2010, através de: http://www.who.int/school_youth_health/resources/information_series/FINAL%20Final.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2008). *Relatório Mundial da Saúde: Cuidados de Saúde Primários Agora Mais que Nunca*. Consultado a 20 de Dezembro de 2009, através de: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2010). *Urban Health. Healthy Cities*. Consultado a 15 de Maio de 2010, através de: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environmental-health/urban-health/activities/healthy-cities>

YIN, R. (2001). *Estudo de caso – planeamento e métodos* (2ª Ed). Porto Alegre: Bookman.

8. ANEXOS

I - Tipologia de documentos analisados

II – Análise dos sectores

I - Tipologia de documentos analisados

Tabela 6 - Tipologia de documentos analisados

		Ministérios														
		ME	MCTES	MTSS	MPCM	MAOT	MOPTC	MNE	MC	MFAP	MJ	MAI	MEID	MADRP	MDN	TOTAL
Tipo de documento	Lei	5	4	6	9	5	2	0	0	1	5	7	3	0	3	50
	Decreto-lei	22	11	22	7	64	11	1	9	2	1	13	24	29	2	218
	Resolução de Conselho de Ministros	9	4	8	9	20	1	3	1	0	2	6	3	3	2	71
	Despacho	47	3	12	4	5	2	0	0	0	4	13	3	3	0	96
	Portaria	23	3	18	11	8	4	2	9	3	6	8	7	6	0	108
	Decreto regulamentar	0	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
	Plano	1	0	1	0	7	1	1	0	0	0	0	0	1	0	12
	Programa	0	1	0	3	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	7
	Estratégia	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	4
	Outros	4	1	2	0	3	0	0	0	0	2	1	0	0	0	13

Tabela 7 – Palavras-chave utilizadas

		Palavras-chave
Ministérios	ME	Escolaridade obrigatória; universalização do pré-escolar; enriquecimento curricular; territórios de intervenção prioritária; educação especial; apoio social; educação para a saúde; educação sexual; refeições escolares; desporto escolar; novas oportunidades; combate ao insucesso escolar; modernização dos estabelecimentos de ensino; plano tecnológico da educação; segurança nas escolas; plano de leitura; transporte de crianças;
	MCTES	Protecção radiológica; acesso ao ensino superior; apoio social; sociedade do conhecimento; voto electrónico; sistema de incentivo fiscais em investigação e desenvolvimento empresarial; avaliação do ensino superior; mobilidade dos estudantes; cooperação entre faculdades; investigação e saúde;
	MTSS	Emprego; apoio ao emprego e contratação; investimento; estágios profissionais; subsídio de desemprego; segurança e higiene no trabalho; equipamentos sociais; rede cuidados continuados; complemento solidário do idoso; novo regime de pensões; conforto habitacional; contratos locais de desenvolvimento social; rendimento social de inclusão; inclusão social; cidadania; emprego apoiado; acessibilidade; sem-abrigo; protecção na invalidez; turismo solidário; saúde e termalismo; apoio à família; famílias monoparentais; maternidade e paternidade;
	MPCM	Actividade física; desporto; combate à dopagem; juventude; voluntariado; mobilidade e intercâmbio de jovens; associativismo; jovens e saúde; ocupação de tempos livres; igualdade de género; discriminação em função do sexo; violência doméstica; tráfico de seres humanos; visto de residência; nacionalidade; saúde e migrantes; asilo; integração de imigrantes; estatísticas da saúde;
	MAOT	Ambiente e saúde; gestão de óleos alimentares; lamas de depuração de solos agrícolas; gestão de resíduos; pilhas e acumuladores; regime da actividade pecuária e industrial; substâncias perigosas; compras públicas ecológicas; alterações climáticas; licenças de emissão; biocombustíveis; qualidade do ar; gestão do ruído; desenvolvimento sustentável; energia; água e saneamento; produtos químicos; avaliação de impacte ambiental; ordenamento do território; urbanismo; habitação; reabilitação urbana;
	MOPTC	Plano estratégico dos transportes; segurança e acidentes rodoviários; habilitação legal para conduzir; formação de motoristas; tacógrafo digital; transporte de mercadorias perigosas; remodelação de vias e linhas; comunicação; segurança electrónica;
	MNE	Estratégia para a cooperação portuguesa; fundo da língua portuguesa; cooperação em saúde da CPLP; acordos internacionais;

	MC	Património cultural; património imobiliário; rede de conhecimento das bibliotecas públicas; bibliotecas digitais; conteúdos culturais; cinema digital; inov-art; financiamentos;
	MFAP	Acção social; protecção social dos funcionários públicos; imposto especial de consumo; imposto sobre o álcool e tabaco;
	MJ	Interrupção voluntária da gravidez; troca de seringas nas prisões; doenças infecciosas em meio prisional; crianças e jovens em risco; centros educativos; cartão do cidadão; desmaterialização de processos nos tribunais; descongestionamento dos tribunais;
	MAI	Policimento de proximidade; passaporte electrónico; recenseamento eleitoral; sistema integrado de vigilância, sistema integrado de gestão de transportes explosivos; sistema integrado de gestão de armas e explosivos; sistema integrado de segurança interna; tecnologias de informação e segurança; segurança contra incêndios; defesa da floresta; protecção civil; transporte de doentes; segurança rodoviária; condução sob a influência de álcool; cintos e segurança;
	MEID	Apoio às PME; sistema de incentivos financeiros; estágios profissionais; protecção do consumidor; livro de reclamações; defesa do consumidor; turismo; energia;
	MADRP	Normas de produção de produtos alimentares; política sanitária de produção; saúde animal; veterinária; sal alimentar; rotulagem; desenvolvimento rural; efluentes agro-pecuários e agro-industriais;
	MDN	Defesa nacional; defesa do mar; informação geográfica; apoio às missões de paz;

II – Análise dos sectores

Sector	Categoria	Sub-categoria	Indicadores de compromisso público	Agentes Envolvidos	Comentários
ME		Actividades			
Educação	Igualdade no acesso a oportunidades educativas	Universalização da educação pré-escolar e aumento da escolaridade obrigatória para 12 anos	Lei nº 85/2009, 27 de Agosto - Estabelece o regime da escolaridade obrigatória para as crianças e jovens e consagra na universalidade da educação pré-escolar para as crianças a partir dos 5 anos de idade	ME - Responsável pela iniciativa;	O desenvolvimento cerebral é extremamente sensível a influências externas desde os primeiros anos de vida. A criança tem um desenvolvimento saudável quando é estimulada fisicamente, cognitivamente e socialmente. Um desenvolvimento saudável permite os indivíduos viverem vidas plenas nos vários domínios: social, emocional, cognitivo e físico. É também referido que a educação pré-escolar ao secundário molda os percursos de vida dos indivíduos e proporcionam oportunidades para uma melhor saúde (CSDH, 2008).
			Despacho nº 23403/2008, 16 de Setembro - Cria uma linha de apoio financeiro para o alargamento da rede de educação pré-escolar; Despacho nº 9620/2009, 7 de Abril – Dá continuidade ao despacho anterior; Despacho nº 13501/2009, 9 Junho – Abrange Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade; Despacho nº 13502/2009, 9 Junho – Abrange União das Misericórdias Portuguesas e União das Mutualidades Portuguesas; Despacho nº 13503/2009, 9 Junho – Abrange Associação Nacional dos Municípios Portugueses,	MFAP – Participação de dinheiro; MTSS – Co-financia em 50% o alargamento da Rede (jogos da misericórdia); ME – Participação de dinheiro e é responsável pela iniciativa;	
			Despacho nº 21771/2009, 29 de Setembro - Fixa o apoio financeiro a atribuir aos estabelecimentos de educação pré-escolar da rede pública para aquisição de material didático, no ano lectivo de 2009-2010	ME MFAP	Oportunidades: A universalização da educação pré-escolar é uma medida indicada como eficaz na redução das iniquidades em saúde. Esta estratégia possibilita as crianças serem estimuladas precocemente, factor que promove o desenvolvimento saudável das mesmas. Permite também que os familiares conciliem as suas actividades profissionais com as familiares, podendo deixar as suas crianças em ambientes seguros. O aumento da escolaridade obrigatória traduz-se no aumento da alfabetização dos jovens. Têm a possibilidade de desenvolverem competências de literacia permitindo-lhes ingressarem em empregos mais competitivos e vantajosos a nível socioeconómico. Não foram identificadas representatividades da saúde.
		Enriquecimento curricular	Despacho nº 12 591/2006, 16 de Junho - Definição das orientações relativas às AEC actividades de enriquecimento curricular	ME – Responsável pela iniciativa; Municípios e IPSS – Parceiros no planeamento das actividades e no recrutamento de técnicos para o desenvolvimento destas actividades;	Oportunidades: Esta medida, tal como a anterior, possibilita, por um lado, o desenvolvimento cognitivo das crianças, uma vez que, são sensibilizadas desde cedo para temas como a cidadania, a leitura, a música, o desporto, entre outros. Por outro

			Despacho nº 14460/2008, 26 de Maio - Regulamento que define o regime de acesso ao apoio financeiro no âmbito do programa das actividades de enriquecimento curricular	ME – Responsável pela iniciativa; Municípios e IPSS – Parceiros no planeamento das actividades e no recrutamento de técnicos para o desenvolvimento destas actividades;	lado, permanecem mais tempo em ambiente protegido, facilitando os familiares a conciliarem a vida profissional com a familiar. É de salientar que desenvolvem competências que conduzem, a médio/longo prazo, ao desenvolvimento económico do país. Não foram identificadas representatividades da saúde.
			Decreto-lei nº 212/2009, 3 de Setembro - Estabelece o regime de contratação de técnicos que asseguram o desenvolvimento de AEC no 1º ciclo de ensino nas escolas públicas	ME – Responsável pela iniciativa; Municípios e IPSS – Contratação de técnicos;	
		Educação especial	Decreto-lei nº 20/2006, 31 de Janeiro - Criação do grupo de recrutamento de Educação Especial	ME – Responsável pela iniciativa;	A participação num ambiente educacional normal tem consequências positivas para o indivíduo e para a sua saúde, uma vez que, possibilita o desenvolvimento de relações sociais, com colegas e professores e o aumento da confiança e fortalecimento pessoal. Para além disso possibilita a melhoria das qualificações escolares e as oportunidades de empregabilidade (Ornelas, 2008). Oportunidades: Esta medida garante que crianças e jovens com necessidades educativas especiais tenham acesso à educação em contextos escolares naturais e formais. Contribui para a igualdade de oportunidades e inclusão destas crianças na sociedade. Não foram identificadas representatividades da saúde
			Decreto-lei nº 3/2008, 7 de Janeiro - Define os apoios especializados a prestar na educação pré –escolar, básico e secundário de todos os sectores, visando a criação de condições para a adequação do processo educativo às necessidades educativas especiais	ME – Responsável pela iniciativa;	
			Despacho nº 3064/2008, 7 de Fevereiro - Determina a possibilidade de continuidade do percurso escolar dos alunos com necessidades especiais de carácter permanente nas instituições de ensino especial frequentadas	ME – Responsável pela iniciativa;	
			Lei nº 21/2008, 12 de Maio - Primeira alteração ao Decreto-lei nº 3/2008, 7 de Janeiro	ME – Responsável pela iniciativa;	
			Aviso nº 22914/2008, 3 de Setembro - Candidatura a acreditação de centros de recursos para a inclusão	ME (DGIDC²⁵) - Responsável pela iniciativa;	
			Portaria nº 1148/2008, 10 de Outubro; Portaria nº 1149/2008, 10 de Outubro; Portaria nº 382/2009, 8 de Abril; Portaria nº 383/2009, 8 de Abril; - Actualização do apoio financeiro a alunos que frequentam associações, cooperativas e escolas particulares de educação especial	ME MTSS	
			Portaria nº 1324/2009, 21 de Outubro; Portaria nº 1388/2009, 12 de Novembro - Estabelece os valores das mensalidades praticadas pelos estabelecimentos de ensino especial	ME MTSS	
		Territórios educativos de intervenção prioritária	Despacho Normativo nº 55/2008, 23 de Outubro - Define as normas orientadoras para a constituição de TEIP de 2ª geração	ME – Responsável pela iniciativa;	As crianças provenientes de contextos desprovidos de recursos têm maior dificuldade de ingresso na escola. Neste sentido, torna-se fundamental que as escolas situadas em áreas geográficas menos privilegiadas recebam recursos extra para atender às necessidades especiais que
			Despacho Normativo nº 8065/2009, 20 de Março - Identifica as escolas que se devem considerar escolas prioritárias para efeitos de atribuição de recursos no âmbito dos diversos projectos do Ministério	ME – Responsável pela iniciativa;	
			Portaria nº 365/2009, 7 de Abril - Regula o recrutamento do pessoal docente da educação pré-escolar, básico e secundário para os quadros	ME - Responsável pela iniciativa; MFAP	

²⁵ Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular

			dos agrupamentos de escolas e escolas não agrupadas legalmente definidos como prioritários		as crianças e famílias poderão ter (Dahlgren & Whitehead, 2007). Oportunidades: Esta estratégia permite identificar quais as escolas situadas em zonas carenciadas e assegura medidas facilitadoras da execução dos projectos educativos, por exemplo, através da atribuição de recursos. Não foram identificadas representatividades da saúde
		Regime de equivalência de habilitações do sistema educativo estrangeiro	Decreto-lei n.º 227/2005, 28 de Dezembro - Regime de concessão de equivalências de habilitações estrangeiras do sistema de ensino português ao nível dos ensinos básico e secundário	ME - Responsável pela iniciativa;	Oportunidades: Reconhece o grau de ensino de outros países e atribui equivalências habilitacionais aos imigrantes. Proporciona a integração no país de destino, em especial no mercado de trabalho. Não foram identificadas representatividades da saúde
			Decreto-Lei n.º 341/2007, de 12 de Outubro - Regime jurídico do reconhecimento de graus académicos superiores estrangeiros	ME - Responsável pela iniciativa;	
			Portaria n.º 29/2008, de 10 de Janeiro - Regulamento do Processo de Registo de Diplomas Estrangeiros	ME - Responsável pela iniciativa;	
		Apoio social	Despacho, 5 de Dezembro 2006 - Regula as condições de aplicação das medidas de acção social escolar, da responsabilidade do ME, nas modalidades de apoio alimentar, alojamento e auxílios económicos, destinados aos alunos dos ensinos básico e secundário que frequentam escolas públicas e escolas particulares ou cooperativas em regime de contrato de associação	ME - Responsável pela iniciativa;	Algumas barreiras à educação, identificadas na literatura, incluem questões como o acesso à educação, a qualidade e a aceitação da educação. São as crianças e jovens de famílias com menores rendimentos e cujos pais têm baixa escolaridade, que têm maior probabilidade de não frequentarem a escola ou desistirem a meio do percurso. A redução da pobreza, as actividades que geram rendimento e as medidas que reduzem a despesa familiar com a propina, livros escolares, refeições, entre outras, são elementos cruciais para uma estratégia integrada, que facilitam o acesso ao ensino de qualidade (CSDH, 2008). Oportunidades: As estratégias de apoio social que vigoram em Portugal vão ao encontro com as enunciadas na literatura. Estas incluem a atribuição de bolsas de
			Decreto-Lei n.º 55/2009, 2 de Março – Estabelece o regime jurídico aplicável à atribuição e ao funcionamento dos apoios no âmbito da acção social escolar.	ME - Responsável pela iniciativa; ME (DRE²⁶) – Apoio financeiro; ANMP²⁷ - Apoio financeiro; MEID (ASAE²⁸) – Inspeção sanitárias dos refeitórios e bufetes;	
			Decreto-Lei n.º 204/2009, 31 de Agosto - Extensão dos benefícios da acção social aos estrangeiros residentes em Portugal	ME - Responsável pela iniciativa;	
			Decreto-lei n.º 186/2008, 19 de Setembro – Criado o passe escolar para transportes públicos urbanos “passe4_18@escola.pt”	MOPTC ME	

²⁶ Direcção Regional de Educação

²⁷ Associação Nacional de Municípios Portugueses

²⁸ Autoridade da Segurança Alimentar e Económica

					estudo, que ajudam no pagamento da propina e livros; apoio financeiro para alojamento em residências; e refeições escolares gratuitas ou subsidiadas. Destacamos o apoio fornecido para a aquisição do passe de transporte público, medida esta que auxilia as famílias numa das suas necessidades básicas, a mobilidade, e incentivando o uso dos transportes colectivos. Não foram identificadas representatividades da saúde
	Desporto Escolar	Desporto escolar	Decreto-lei nº 272/2009, 1 de Outubro - Estabelece as medidas específicas de apoio ao desenvolvimento do desporto de alto rendimento e procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 393-A/99, de 2 de Outubro, que regula os regimes especiais de acesso e ingresso no ensino superior	MPCM (IDP²⁹) - Responsável pela iniciativa; ME (DGIDC) – Pode colaborar, mas não é obrigatório;	Oportunidades: O desporto escolar melhora a saúde e a aptidão física dos jovens. Esta pode prevenir e reduzir a obesidade e ajudar a manter um peso saudável. Existe evidência que sustenta que a actividade física apoia as crianças a melhorar os níveis de atenção na sala de aulas, melhorando o seu rendimento escolar (WHO, 2003d). Esta também ajuda a aliviar a tensão e a agitação. O desporto tem uma influência positiva no bem-estar social e psicológico das crianças ajudando a neutralizar comportamentos de risco. Por outro lado, propulsiona o dinamismo nos jovens. A actividade física diminui os factores de risco para as doenças crónicas no futuro (WHO, 2003d). Não foram identificadas representatividades da saúde
	Educação para a saúde	Educação para a saúde	Despacho nº 19737/2005, 13 de Setembro - Criação do Grupo de Trabalho de Educação para a Saúde Despacho nº 25 995/2005, 16 de Dezembro - Princípios orientadores do modelo para a promoção da saúde em meio escolar	ME (DGIDC) – Apoio técnico, financeiro e logístico ao grupo de trabalho; ME - Responsável pela iniciativa; Escolas têm autonomia e obrigatoriedade na implementação; Os agrupamentos/ escolas articulam-se com os centros de	A literatura refere que a relação entre a educação e a saúde pode ser directa, maior conhecimento sobre a saúde ajuda a promover a saúde e a evitar perigos para a saúde; ou indirecta, a educação influencia o tipo de trabalho que determina o rendimento e o padrão de vida dos indivíduos (Dahlgren & Whitehead, 2007).

²⁹ Instituto do Desporto de Portugal

				saúde no sentido de desenvolverem acções de protecção e promoção da saúde; MS – Colaboração com os centros de saúde; ONG's – Apoiam as solicitações das escolas, se assim entenderem;	A educação para a saúde é uma estratégia com uma relação directa na saúde, pois proporciona a discussão de temas relacionados com a mesma, apoiando a aquisição de conhecimentos, atitudes e competências necessárias à tomada de decisões informadas, comportamentos saudáveis e criando assim condições para uma vida saudável (WHO, 2003b). Oportunidades: Esta medida proporciona a discussão, entre professores e alunos, de diferentes temas relacionados com a saúde. Incluimos como estratégias de educação para saúde a educação sexual e a actividade física. Foram identificadas representatividades do sector da saúde. O MS disponibiliza os serviços dos centros de saúde para o desenvolvimento de acções de protecção e promoção da saúde.
			Despacho nº 2506/2007, 20 de Fevereiro - Adopção de medidas que visam a promoção da saúde da população escolar e nomeação em cada agrupamento o coordenador de educação para a saúde	ME - Responsável pela iniciativa;	
			Despacho interno, 27 de Setembro de 2006 – Define as áreas prioritárias no âmbito da educação para a saúde a integrar no âmbito dos Agrupamentos/Escolas	ME - Responsável pela iniciativa; MS – Colaboração com os centros de saúde;	
			Despacho nº 10955/2010, 7 de Junho – Criação da estrutura matricial responsável pela Educação para a Saúde e a Acção Social Escolar	ME (DGIDC) - Responsável pela iniciativa;	
	Educação sexual		Lei nº 60/2009, 6 de Agosto - Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar	ME - Responsável pela iniciativa; MS – Assegura as condições de cooperação das unidades de saúde com as escolas; ONG's especializadas na área – Desenvolvem projectos específicos (caso solicitados pelo ME);	A adolescência é um período crítico de desenvolvimento com mudanças físicas e emocionais que afectam a saúde dos adolescentes. Por esta razão, a educação sexual contribui positivamente para a educação dos alunos, pois fornece informação sobre sexualidade, métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis, vida familiar e reprodutiva. Este conhecimento proporciona-lhes maior qualidade de vida que se reflecte no aumento na produtividade e economia das nações (WHO, 2003c). Oportunidades: A educação sexual, integrada na educação para a saúde é obrigatória. Esta disciplina proporciona a discussão de temas relacionados com a sexualidade e as relações e traz benefícios para a saúde e bem-estar das crianças e jovens, como os mencionados anteriormente. Foram identificadas representatividades do sector da saúde, através da
			Portaria nº 196-A/2010, 9 de Abril – Regulamenta a lei anterior	ME - Responsável pela iniciativa;	
			Protocolo celebrado entre o MS e o ME a 7 de Fevereiro de 2006 – Parceria local e regional de articulação das escolas com os centros de saúde	MS ME	

					disponibilização de serviços médicos para o atendimento de jovens (educação sexual)
		Refeições escolares	<p>Portaria n° 1242/2009, 12 de Outubro - Aprova o Regulamento do Regime de Fruta Escolar</p> <p>Portaria n° 1386/2009, 10 de Novembro – Alteração da portaria anterior</p>	<p>MS (DGS³⁰) – Aprova a lista de produtos; define as regras de distribuição dos produtos;</p> <p>MADRP (IFAP³¹ e GPP³²) – Qualidade dos produtos; aprovam as entidades que requerem ajudas; efectuem o pagamento das despesas;</p> <p>ME (DRE³³) – Promove a adaptação e Integração da RFE³⁴; define o n° de alunos dos estabelecimentos de ensino; apresenta as medidas de acompanhamento</p>	<p>Uma boa alimentação é essencial para alcançar todo o potencial que a educação proporciona, uma vez que afecta o desenvolvimento intelectual e a capacidade de aprendizagem. Estudos demonstram que crianças com dietas adequadas têm melhores notas nos exames sobre conhecimento factual do que as crianças com uma nutrição desadequada (WHO, 2003b). Entre pessoas bem nutridas as doenças graves e crónicas tendem a ser menos frequentes. Muitos outros aspectos são mencionados: boa nutrição contribui para o decréscimo dos factores de risco dos problemas de saúde da actualidade (obesidade, doença mental, doenças cardiovasculares, cancro e doenças do foro alimentar); educação e boa nutrição fortalecem a economia das nações.</p> <p>Oportunidades: Ambas as iniciativas demonstram que existe um maior cuidado no fornecimento de alimentos aos alunos. O regime de fruta escolar disponibiliza fruta, a custo zero para os alunos. Também cria hábitos alimentares saudáveis. O programa de generalização de refeições escolares, garante que as crianças do 1º ciclo tenham acesso a uma refeição, tal como acontece nos restantes ciclos.</p> <p>Foram identificadas representatividades</p>
			Despacho n° 22251/2005, 25 de Outubro - Programa de Generalização do Fornecimento de Refeições Escolares aos Alunos do 1º Ciclo do Ensino Básico e respectivo regulamento	ME - Responsável pela iniciativa; Autarquias	
			Circula n° 14 (DGIDC) – Normas gerais da alimentação	ME (DGIDC)	
			Circular n° 11 (DGIDC) – Normas a aplicar nos buffets	ME (DGIDC)	
			Decreto-Lei n° 55/2009, 2 de Março – Estabelece o regime jurídico aplicável à atribuição e ao funcionamento dos apoios no âmbito da acção social escolar – <u>Programa de Leite Escolar</u>	<p>ME - Responsável pela iniciativa;</p> <p>ME (DRE³⁵) – Apoio financeiro;</p> <p>ANMP³⁶ - Apoio financeiro;</p> <p>MEID (ASAE³⁷) – Inspeção sanitárias dos refeitórios e bufetes;</p>	

³⁰ Direcção Geral da Saúde

³¹ Instituto de Financiamento da Agricultura e Pescas, I. P.

³² Gabinete de Planeamento e Políticas do MADRP

³³ Direcções Regionais de Educação

³⁴ Regime de Fruta Escolar

³⁵ Direcção Regional de Educação

³⁶ Associação Nacional de Municípios Portugueses

³⁷ Autoridade da Segurança Alimentar e Económica

					do sector da saúde, através do seu parecer relativamente à fruta que deve ser disponibilizada nas escolas e meios adequados para a distribuir (regime de fruta nas escolas).
Qualificação de jovens e adultos	Novas oportunidades	Medidas contempladas na INO: - Sistema Nacional de Qualificações; - Centros Novas Oportunidades e Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências (RVCC); - Cursos de Educação e Formação de Adultos (Cursos EFA); - Formações Modulares Certificadas; - Vias de Conclusão do Nível Secundário de Educação; - Cursos de Educação e Formação (CEF); - Cursos Profissionais; - Cursos de Aprendizagem; - Cursos de	Despacho nº 26 401/2006, 29 de Dezembro - Cursos de educação e formação de adultos	ME (ANQ³⁸) MTSS	A literacia e a numeracia são essenciais para a plena participação cívica, política e cultural do cidadão. A sociedade actual, penaliza os indivíduos que não são proficientes em termos de oportunidades de emprego, sucesso profissional, cidadania e participação activa na comunidade. As pessoas com baixo nível de alfabetização encontram maiores dificuldades no acesso à informação sobre saúde e aos serviços de saúde. Como resultado apresentam um estado de saúde vulnerável comparativamente com as pessoas que possuem maior escolaridade. A literacia é também importante para as nações, pois cria uma força de trabalho capaz de competir, contribuindo para o desenvolvimento económico das nações (Second Report on the Health of Canadians, 1999). Oportunidades: A Iniciativa Novas Oportunidades foi criada com o objectivo de aumentar a qualificação dos portugueses. Atinge todos os escalões etários e apresenta formas de aprendizagem em meio formal, não formal e informal, potenciando em simultâneo, as competências adquiridas e níveis de empregabilidade dos indivíduos em todos os momentos da sua vida. Caracteriza-se por ter um conjunto de respostas educativas, quer para jovens, quer para adultos: maior diversidade de cursos de formação - para responder ao interesse diferenciado dos indivíduos e para motivá-
			Decreto-Lei nº 88/2006, 23 de Maio - Regulamenta os cursos de especialização tecnológica	MCTES	
			Portaria nº 86/2007, 12 de Janeiro - Alargamento do processo de RVCC ao nível secundário	ME MTSS – Disponibilização de centros de formação profissional do IEFP	
			Despacho nº 7794/2007, 27 de Abril - Aplicação das orientações do CNO do Sistema Nacional RVCC e aos agrupamentos de escolas	ME MTSS	
			Despacho nº 11203/2007, 8 de Junho - Definição das orientações aplicáveis nos CNO e às entidades formadoras dos cursos de EFA	ME MTSS	
			Portaria nº 817/2007, 27 de Julho - Novo regime jurídico dos cursos de EFA	ME MTSS	
			Decreto-lei nº 357/2007, 29 de Outubro - Regulamenta o processo de conclusão e certificação por parte de adultos com percursos formativos incompletos do nível secundário relativo a planos de estudo já extintos	ME MTSS	
			Despacho nº 26007/2007, 14 de Novembro - Prorrogação do prazo para a conclusão do respectivo plano de estudo dos alunos do sistema das unidades capitalizáveis	ME MTSS	
			Despacho nº 29176/2007, 3 de Janeiro - Regula o acesso de pessoas com deficiência ao processo de RVCC e as ofertas de EFA	ME MTSS	
			Decreto-Lei nº 396/2007, 31 de Dezembro - Regime jurídico do Sistema Nacional de Qualificações (SNQ) e define as estruturas que asseguram o seu funcionamento	ME MTSS	
			Despacho Normativo nº 1/2008, 8 de Janeiro - Regula a concessão de equivalências entre disciplinas e áreas de formação integradas em planos de estudo de cursos de nível secundário e disciplinas, áreas e formação do ensino secundário recorrente	ME MTSS	
			Despacho nº 6260/2008, 5 de Março - Aprovado o regulamento de exames a nível de escola para a conclusão e certificação do nível secundário de educação ao abrigo do Decreto-Lei n.º 357/2007	ME	
			Portaria nº 230/2008, 7 de Março - Define o regime jurídico dos	MTSS	

³⁸ Agência Nacional para a Qualificação

	Especialização Tecnológica (CET); - Cursos Artísticos Especializados SNQ compreende: - Catálogo Nacional de Qualificações - Sistema de Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências - Caderneta Individual de Competências (Medida para reforçar a qualificação dos portugueses)	cursos de EFA e das formações modulares previstas no Decreto-lei nº 396/2007 e revoga a portaria nº 817/2007		los a estudar; acompanhamento individualizado, atendendo às especificidades de cada um; reconhecimento de competências e ajustamento de currículos; valorização das experiências individuais. Por outro lado, a reforma na formação profissional assegura que os cursos estão mais centrados nos indivíduos e nas suas preferências. Não foram identificadas representatividades da saúde
		Despacho nº 6950/2008, 10 de Março - Autoriza a criação de CNO em entidades e concelhos identificados, em acréscimo à rede de centros já existente	ME MTSS	
		Portaria nº 370/2008, 21 de Maio - Regula a criação e funcionamento do CNO	ME MTSS	
		Despacho nº 14753/2008, 28 de Maio - Descongelamento CNO	ME MTSS	
		Despacho nº 15642/2008, 5 de Junho - Modelos e diplomas e certificação de conclusão do nível secundário de educação ao abrigo do Decreto-lei nº 357/2007	ME MTSS	
		Despacho nº 15889/2009, 13 de Julho - Aprova o regulamento das comissões de técnicos dos CNO	ME MTSS	
		Portaria nº 781/2009, 23 de Julho - Estabelece a estrutura e organização do Catálogo Nacional de Qualificações	ME MTSS MCTES	
		Portaria nº 782/2009, 23 de Julho - Regula o Quadro Nacional de Qualificações	ME MTSS	
		Despacho nº 20650/2009, 14 de Setembro - Cria o grupo de trabalho com o objectivo de apresentar diagnóstico de necessidades de formação de dupla certificação	ME MTSS	
		Despacho nº 21028/2009, 18 de Setembro - Reconhecimento das acções de formação contínua em educação e formação de adultos, realizadas por formadores dos CNO no âmbito do Estatuto da Carreira Docente	ME MTSS	
		Despacho nº 23038/2009, 20 de Outubro - Revê o enquadramento das ofertas de educação e formação para os jovens integrados em centros educativos do Ministério da Justiça	ME MTSS MJ	
		Despacho nº 13456/2008, 14 de Maio – Aprova a versão inicial do Catálogo Nacional de Qualificações	MTSS ME	
		Portaria nº 1497/2008, 19 de Dezembro – Regulamenta os Cursos de Aprendizagem	MTSS (IEFP³⁹) ME	
	Formação profissional	Resolução do Conselho de Ministros n.º 173/2007, 7 de Novembro - Aprova um conjunto de medidas de reforma da formação profissional, acordada com a generalidade dos parceiros sociais com assento na Comissão Permanente de Concertação Social	ME MTSS	
	Combate ao insucesso escolar	Despacho Normativo nº 50/2005, 9 de Novembro - Implantação dos planos de recuperação, acompanhamento e desenvolvimento	ME – Responsável pela iniciativa;	Oportunidades: As medidas de combate ao insucesso escolar pretendem reduzir o

³⁹ Instituto do Emprego e Formação Profissional

Modernização dos estabelecimentos de ensino			Despacho Normativo nº 1/2006, 6 de Janeiro - Permite a constituição de percursos curriculares alternativos	ME – Responsável pela iniciativa;	abandono escolar precoce e aumentar os níveis de educação entre os jovens. A constituição de mais ofertas de formação, a diversidade de currículos e o acompanhamento individualizado aos jovens permite a adaptação das ofertas escolares às necessidades e preferências dos alunos. Estes, por sua vez, ficam mais satisfeitos e motivados e a frequência escolar será maior. Não foram identificadas representatividades da saúde
			Portaria nº 835/2009, 31 de Julho - Cria a “Escola Móvel”	ME (DGIDC) – Responsável pela iniciativa;	
	Plano tecnológico da educação		Resolução do Conselho de Ministros nº 137/2007, 18 de Setembro - Aprova o Plano Tecnológico da Educação (Kit tecnológico escola; Internet banda larga de alta velocidade; Internet nas salas de aula; Videovigilância; Mais-Escola.pt; Escola Simplex; Formação PRO; Avaliação Electrónica; Projecto Fundo para a Inclusão na Educação)	ME - Responsável pela iniciativa;	O rápido avanço da tecnologia tem impacto no fornecimento de novas formas de tratamento e cuidados. Contudo, o seu impacto não é apenas restrito às tecnologias médicas. A tecnologia e o uso da internet tornam a população mais educada, pois o acesso à informação é facilitado. Por sua vez, as pessoas adquirem mais conhecimento, permitindo-lhes tomarem decisões conscientes relativas à sua saúde e à utilização dos serviços de saúde (Institute of Public Health in Ireland, 2005). Oportunidades: Esta estratégia visa, por um lado, modernizar os estabelecimentos de ensino com novas tecnologias e, por outro, facilitar a aquisição de computadores pessoais e de internet banda larga. As suas principais vantagens reflectem-se em: estabelecimentos de ensino mais tecnológicos, onde os professores podem recorrer a novos métodos de ensino e onde os alunos são estimulados para a utilização de novas tecnologias; acesso generalizado de tecnologia (computador e internet) a toda a família. Por sua vez, estas vantagens vão aumentar as competências, dos alunos e dos restantes funcionários das escolas, na utilização de novas tecnologias, resultando num maior acesso a informação e conhecimento.
			Decreto-lei nº 145/2008, 3 de Janeiro - Estabelece o regime excepcional para procedimentos de contratação com vista à aquisição de serviços destinados ao desenvolvimento de experiências piloto do PTE	ME - Responsável pela iniciativa;	
			Despacho nº 145/2008, 3 de Janeiro - Cria o Escalão Especial em ensino secundário que define o valor da capacitação até ao qual o aluno deve ser enquadrado no escalão especial de apoio ao programa de acesso aos computadores pessoais e à banda larga e no escalão especial de acesso à Bolsa de Mérito de Ensino Secundário (e-escola; e-professor; e-oportunidades)	ME - Responsável pela iniciativa;	
			Despacho nº 143/2008, 3 de Janeiro - Aprova o modelo orgânico e operacional relativo à execução, no âmbito do ME do PTE	ME - Responsável pela iniciativa;	
			Despacho nº 1199/2008, 10 de Janeiro - Autoriza a prestação de serviços no âmbito do PTE	MFAP ME	
			Resolução do Conselho de Ministros, 11 de Agosto - Visa permitir que os alunos dos 11.º e 12.º anos do ensino secundário possam, durante o corrente ano lectivo, aderir ao programa e.escola, criando-se ainda um regime especificamente dirigido a beneficiários da iniciativa com necessidades educativas especiais de carácter permanente, garantindo-lhes o acesso a computadores adaptados, sem quaisquer encargos adicionais	MFAP ME MOPTC	
			Despacho nº 27545/2008, 28 de Outubro - Aprova o regulamento do programa de estágios TIC	ME	
			Resolução de Conselho de Ministros nº 35/2009, 11 de Maio - Autoriza a realização da despesa com a aquisição no âmbito da	MPCM	

			construção do sistema de informação de educação		Não foram identificadas representatividades da saúde
			Portaria 731/2009, 8 de Julho - Cria o Sistema de formação e certificação em competências TIC para docentes	ME	
			Despacho nº 27495/2009, 23 de Dezembro - Aprova os modelos de certificação dos TIC	ME	
			Resolução do Conselho de Ministros nº 118/2009, 4 de Janeiro - Autoriza a realização da despesa com a aquisição de 250 000 computadores portáteis ultraleves, incluindo a correspondente instalação e serviços conexos, e determina a abertura de procedimento de concurso público com publicidade internacional para assegurar a continuação da iniciativa e.escolinhas e o acesso universal dos alunos do 1.º ciclo do ensino básico e respectivos professores a meios informáticos	MPCM	
	Modernização dos estabelecimentos do ensino		Resolução de Conselho de Ministros nº 1/2007, 3 de Janeiro - Programa de Modernização do Parque Escolar Destinado ao Ensino Secundário	ME - Responsável pela iniciativa; MS – Responsável por inspeccionar as condições higiénico-sanitárias das escolas;	Água potável, saneamento básico e o abrigo à exposição de certos elementos (compostos químicos) são condições básicas para um ambiente físico escolar saudável. Igualmente importante é a protecção de riscos químicos, físicos e biológicos que ameaçam a saúde das crianças (WHO, 2003 a). Um ambiente escolar saudável aumenta a saúde das crianças e a aprendizagem e contribui para o desenvolvimento de adultos saudáveis, produtivos e qualificados (WHO, 2003 a). Oportunidades: Esta estratégia recupera e moderniza os estabelecimentos de ensino, proporcionando aos jovens um ambiente confortável e isento de elementos que podem prejudicar a saúde. Foram identificadas representatividades da saúde. Este sector tem a responsabilidade de inspeccionar as condições higiénico-sanitárias das escolas;
			Decreto-lei nº 41/2007, 21 de Fevereiro - Cria a Parque Escolar, E. P. E., e aprova os respectivos estatutos Decreto-lei nº 83/2009, 2 de Abril - Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei anterior	ME - Responsável pela iniciativa; MS – Responsável por inspeccionar as condições higiénico-sanitárias das escolas;	
Qualidade do ensino	Formação dos professores		Despacho nº 812/2005, 24 de Outubro - Estabelece o Programa de Formação Contínua em Matemática para Professores do 1º Ciclo do Ensino Básico Despacho nº 6754/2008, 7 de Março – Continuidade ao Programa	ME – Garante a articulação com as escolas para organizar o número de professores para as acções de formação; financia o programa; MCTES – Garante os conteúdos e a equipa para dar a formação;	Oportunidades: A formação contínua dos professores proporciona o aumento de competências em áreas fundamentais de aprendizagem. Os professores desenvolvem novas competências e novos métodos de ensino. Traduz-se no aumento dos níveis de alfabetização dos alunos.
			Despacho 546/2007, 11 de Janeiro - Programa Nacional de Ensino	ME – Garante a articulação com as	

			do Português no 1º Ciclo do Ensino Básico Despacho nº 29398/2008, 14 de Novembro – Continuidade ao Programa	escolas para organizar o número de professores para as acções de formação; financia o programa; MCTES – Garante os conteúdos e a equipa para dar a formação;	Não foram identificadas representatividades da saúde
			Despacho nº 2143/2007, 9 de Fevereiro - Programa de Formação em Ensino Experimental das Ciências para Professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico Despacho nº 701/2009, 9 de Janeiro - Continuidade ao Programa	ME – Articula-se com as DRE, escolas e agrupamentos; Edição e divulgação dos recursos didácticos concebidos pela Comissão técnica científica; financiamento do programa. MCTES – Cria a Comissão técnico científica que desenvolve o programa de formação e acompanha a execução do mesmo; Define a área geográfica de intervenção; atribui diplomas; produz plano de acção e relatórios progresso/final	
			Despacho nº 5910/2007, 22 de Março - Regulamento do Prémio Nacional de Professores	ME - Responsável pela iniciativa;	
		Habilitações profissionais para a docência	Decreto-lei nº 43/2007, 22 de Fevereiro - Aprova o regime jurídico da habilitação profissional para a docência	ME - Responsável pela iniciativa;	Oportunidades: Estabelece os requisitos necessários para a prática de docência. Não foram identificadas representatividades da saúde
			Portaria nº 212/2009, 23 de Fevereiro - Identifica os requisitos que conferem habilitação profissional para a docência nos grupos de recrutamento de educação especial	ME - Responsável pela iniciativa;	
			Decreto-lei nº 220/2009, 8 de Setembro - Aprova o regime jurídico da habilitação profissional para a docência nos domínios de habilitação não abrangidos pelo Decreto-Lei n.º 43/2007	ME - Responsável pela iniciativa;	
		Manuais escolares	Lei nº 47/2006, 28 de Agosto - Define o regime de avaliação, certificação e adopção dos manuais escolares dos ensinos básico e secundário Decreto-lei nº 261/2007, 17 de Julho - Regulamenta a Lei anterior	ME - Responsável pela iniciativa;	Oportunidades: Garante que os manuais escolares são revistos por equipas especializadas, garantindo a qualidade científico-pedagógica dos mesmos. Não foram identificadas representatividades da saúde
		Plano de leitura	Resolução de Conselho de Ministros nº 86/2006, 12 de Julho - Aprova o Plano Nacional de Leitura e cria a respectiva comissão	ME – Responsável pela iniciativa; MS (DGS) – Fornece os conteúdos para leitura; MC – Divulgação pelas redes electrónicas;	Oportunidades: Incrementa hábitos de leitura nas crianças. Aumenta os níveis de literacia da população (médio-longo prazo). Foram identificadas representatividades da saúde, este fornece conteúdos para leitura (a serem incorporados nos livros).
		Plano de acção	Plano de Acção para a Matemática	ME	Oportunidades: Desenvolve o gosto pela

		para a matemática			matemática e facilita o processo de aprendizagem da mesma. Aumenta os níveis de numeracia da população (médio-longo prazo). Não foram identificadas representatividades da saúde
	Organização e funcionamento das escolas	Avaliação, autonomia e gestão das escolas	Decreto-lei nº 75/2008, 22 de Abril - Aprova o regime de autonomia, administração e gestão dos estabelecimentos públicos da educação pré-escolar e dos ensinos básico e secundário; Decreto-lei nº 224/2009, 11 de Setembro - Procede à alteração ao Decreto-lei anterior	ME	Oportunidades: Esta medida reforça a participação das famílias e comunidades nas escolas; por outro lado, oferece autonomia às escolas para desenvolverem intervenções educacionais específicas às suas populações, resultando na melhoria do serviço público educacional. Não foram identificadas representatividades da saúde
	Segurança	Segurança nas escolas	Despacho nº 25650/2006, 19 de Dezembro - Aprova regulamento do Programa Escola Segura	MAI ME	Em todas as sociedades sucedem-se actos de violência e as crianças são os seres humanos mais vulneráveis a esta violência. Desde raptos, violações em contextos de conflito armado, violência de rua ou em casa e através dos media, são algumas formas mais comuns de violência. Além disso, sofrem violência na escola, através de castigos corporais, brigas, bullying, assédio moral por parte dos professores e de outros alunos (WHO, 1999). O sector da saúde pode apoiar na identificação de situações de violência, podendo interromper o ciclo da mesma. A prevenção da violência juvenil não é apenas um bom investimento para o futuro dos indivíduos, mas é também um pré-requisito para o desenvolvimento e manutenção de uma sociedade saudável. As escolas oferecem um meio eficiente, prático e atempado para prevenir e reduzir situações de violência (WHO, 1999). Oportunidades: A estratégia Escola Segura visa o acompanhamento de
			Despacho nº 222/2007, 5 de Janeiro - Equipa de missão para a Escola Segura	MAI ME	
			Decreto-lei nº 117/2009, 18 de Maio - Cria o gabinete de coordenador da Escola Segura como estrutura integrada no âmbito do ME, dotada de autonomia administrativa	ME	

		escol@segura: videovigilância e alarmes	Resolução do Conselho de Ministros nº 135/2007 - Abertura de concurso público internacional com vista à aquisição dos serviços e bens referidos necessários à implementação do sistema electrónico de segurança física para as escolas públicas com 2.º e 3.º ciclos do ensino básico e com ensino secundário	ME – Responsável pela iniciativa;	proximidade junto dos estabelecimentos de ensino. Previne situações de risco para as crianças, nomeadamente situações de violência e tráfico/ consumo de substâncias ilícitas. A iniciativa escol@segura tem como objectivo equipar as escolas com instrumentos de videovigilância e alarmes para reforçar a segurança das mesmas, dissuadindo contra intrusões, furtos e actos de vandalismo, protegendo o investimento realizado. Não foram identificadas representatividades da saúde
			Portaria nº 300/2009 - Extensão de encargos - escolas públicas com 2.º e 3.º ciclos do Ensino Básico e Ensino Secundário - sistema de videovigilância e um sistema de alarmes de intrusão	ME – Responsável pela iniciativa; MFAP – Financiamento;	
		Cartão electrónico do aluno	Resolução do Conselho de Ministros nº 137/2007, de 18 de Setembro – Aprova o cartão electrónico do aluno Portaria nº 731/2008 – Encargos orçamentais do cartão das escolas	ME	Oportunidades: O cartão electrónico do aluno contribui para a segurança escolar, através do controlo das entradas e saídas dos alunos e a supressão da circulação de numerário nas escolas. É uma ferramenta de simplificação administrativa escolar, pois permite, entre outros aspectos, a consulta do processo administrativo, do percurso escolar e dos consumos dos alunos. Não foram identificadas representatividades da saúde
		Transporte colectivo de crianças	Lei nº 13/2006, 17 de Abril - Determinação das regras para o transporte colectivo de crianças;	ME MOPTC – licenciamento automóveis; certificação dos motoristas	Oportunidades: Define as regras nas quais as crianças devem ser transportadas, tendo em consideração medidas de segurança no geral e rodoviária. Não foram identificadas representatividades da saúde
			Despacho n.º 26 348/2006, 29 de Dezembro - Colete retrorreflector e raqueta de sinalização a utilizar pelo vigilante sempre que acompanhe crianças no atravessamento da via pública	MAI (DGV⁴⁰) – fiscaliza o cumprimento da lei;	

⁴⁰ Direcção-Geral de Viação

Sector	Categoria	Sub-categoria	Indicadores Implementação	Agentes Envolvidos	Comentários
MCTES		Actividades			
Ciência Tecnologia e Ensino Superior	Segurança	Protecção radiológica	Decreto-Lei n.º 138/2005, de 17 de Agosto de 2005 - Sistema de monitorização ambiental do grau de radioactividade	MCTES (ITN⁴¹) - Execução do diploma;	<p>Oportunidades: Estabelece os valores de dispensa de declaração do exercício de práticas que impliquem risco resultante das radiações ionizantes, assim como, os valores de dispensa de autorização prévia para o exercício das mesmas actividades, transpondo as correspondentes disposições da Directiva n.º 96/29/EURATOM, do Conselho, de 13 de Maio.</p> <p>Estas medidas estabelecem um conjunto de normas que protegem a população no geral e os trabalhadores, em particular, de perigos que podem resultar das radiações ionizantes.</p> <p>Foram identificadas representatividades do sector da saúde. Este tem um papel de regulador das práticas e licenças dos equipamentos de radiação ionizante e, também, na definição das normas de protecção sanitária da população e trabalhadores.</p>
			Decreto-Lei n.º 140/2005, de 17 de Agosto de 2005 - Práticas que impliquem risco resultante das radiações ionizantes: valores de dispensa de declaração do exercício e de autorização prévia para o exercício	MCTES	
			Decreto-Lei n.º 139/2005, de 17 de Agosto de 2005 - Comissão Independente para a Protecção Radiológica e Segurança Nuclear	MTSS (IDICT⁴²) MEID MAOT MCTES (ITN) MS (DGS) - Autorizar as práticas e licenciar os equipamentos produtores de radiações ionizantes, assegurar a aplicação das medidas de protecção dos trabalhadores expostos, manter actualizado o registo central das entidades detentoras de equipamentos produtores ou utilizadores de radiações ionizantes, conceder licenças a entidades públicas ou privadas prestadoras de serviços na área da protecção radiológica, dosimetria e formação;	
			Decreto-Lei n.º 222/2008, 17 de Novembro - Transpõe parcialmente para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 96/29/EURATOM, que fixa as normas de segurança de base relativas à protecção sanitária da população e dos trabalhadores contra os perigos resultantes das radiações ionizantes	MS (DGS) - Definição das normas de protecção sanitária da população e trabalhadores;	
			Decreto-Lei n.º 227/2008, 25 de Novembro - Define o regime jurídico aplicável à qualificação profissional em protecção radiológica, transpondo para a ordem jurídica interna as disposições correspondentes em matéria de peritos qualificados da Directiva n.º	MS (DGS) - Definição das normas de protecção sanitária da população e trabalhadores;	

⁴¹ Instituto Tecnológico Nuclear

⁴² Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho

			96/29/EURATOM		
			Portaria nº 596/2009, 5 de Junho - Fixa os montantes das taxas destinadas a pagar as despesas dos serviços prestados pela Direcção-Geral da Saúde nos termos da legislação relativa à protecção sanitária da população e dos trabalhadores contra os perigos resultantes das radiações ionizantes	MFAP – Pagamento das despesas decorrentes destas actividades; MS (DGS) - Definição das normas de protecção sanitária da população e trabalhadores;	
Qualificação de adultos	Maiores de 23 anos	Decreto-Lei nº 64/2006, 21 de Março - Regulamenta as provas destinadas a avaliar a capacidade para a frequência do ensino superior dos maiores de 23 anos		MCTES - Responsável pelo processo;	Oportunidades: Simplifica e flexibiliza o acesso ao ensino superior. Permite aos adultos ingressarem no ensino superior. Não foram identificadas representatividades da saúde
	Acesso ao curso de medicina	Decreto-Lei nº 40/2007, 20 de Fevereiro – Acesso ao curso de medicina para licenciados		MCTES - Responsável pelo processo;	Oportunidades: Facilita o ingresso nos cursos de medicina. Poderá contribuir para reduzir o défice de profissionais médicos, por exemplo, médicos de família. Não foram identificadas representatividades da saúde
Apoio social	Apoio social	Resolução do Conselho de Ministros nº 59/2009 - Medidas de apoio social aos estudantes do ensino superior		MFAP MOPTC MCTES	Algumas barreiras à educação, identificadas na literatura, incluem questões como o acesso à educação, a qualidade e a aceitação da educação. São as crianças e jovens de famílias com menores rendimentos e cujos pais têm baixa escolaridade, que têm maior probabilidade de não frequentarem a escola ou desistirem a meio do percurso. A redução da pobreza, as actividades que geram rendimento e as medidas que reduzem a despesa familiar com a propina, livros escolares, refeições, entre outras, são elementos cruciais para uma estratégia integrada, que facilitam o acesso ao ensino de qualidade (CSDH, 2008). Oportunidades: As estratégias de apoio social que vigoram em Portugal vão ao encontro com as enunciadas na literatura. Estas incluem a atribuição de bolsas de estudo, que ajudam no pagamento da propina e livros; apoio financeiro para alojamento em residências; e refeições escolares gratuitas ou subsidiadas.
		Decreto-lei nº 203/2009, 31 de Agosto – Cria o título de transporte destinado aos alunos do ensino superior “sub23@superior.pt”		MOPTC MCTES	
		Despacho nº 4183/2007 - Regulamento de atribuição de bolsas de estudo a estudantes do ensino superior público Despacho nº 12190/2007, 24 de Maio - Regulamento de atribuição de bolsas de estudo a estudantes do ensino superior privado		MCTES	

					Destacamos o apoio fornecido para a aquisição do passe de transporte público, medida esta que auxilia as famílias numa das suas necessidades básicas, a mobilidade, e incentivando o uso dos transportes colectivos. Não foram identificadas representatividades da saúde
	Tecnologia e I&D	Ligar Portugal	Programa Nacional para a Sociedade de Informação – Ligar Portugal: engloba várias iniciativas nomeadamente: Iniciativa Nacional GRID	MCTES – Responsável pela execução do Ligar Portugal; MCTES (FCT ⁴³) – Responsável pela execução da iniciativa GRID; MCTES (UMIC ⁴⁴) – Observação e acompanhamento da iniciativa GRID;	Os rápidos avanços na tecnologia têm impacto no fornecimento de novas formas de cuidados e de tratamentos. Um bom exemplo do potencial da tecnologia é a área da biotecnologia, especificamente nas terapias genéticas. Algumas das oportunidades incluem: ferramentas sofisticadas de diagnóstico que são adaptadas aos códigos genéticos dos pacientes; novas formas de tratamento, baseada na análise das funções genéticas; o crescimento directo de células estaminais para fornecerem tecidos ou órgãos para reparar ou substituir danos causados por doenças, traumas ou envelhecimento (Institute of Public Health in Ireland, 2005). Oportunidades LP: Generaliza o acesso à internet e às novas tecnologias de informação e comunicação, essenciais para o desenvolvimento do país, quer a nível económico, quer a nível individual. Oportunidades GRID: Permite armazenar grandes quantidades de informação (por ex: decodificação do genoma humano; cura de doenças infecto-contagiosas, imunológicas ou cancerígenas, etc) revolucionando a forma de trabalhar em ciência e tecnologia. Não foram identificadas representatividades da saúde
		Investigação em saúde	Portaria nº 172/2008, 15 de Fevereiro – Aprova o Regulamento dos Internos Doutorandos	MCTES (FCT) – Selecciona as candidaturas dos internos para o	Oportunidades: Esta medida visa o apoio à formação científica avançada de médicos

⁴³ Fundação para a Ciência e Tecnologia

⁴⁴ Agência para a Sociedade do Conhecimento, IP

				ingresso no doutoramento; MS – Responsável pela formação e aprendizagem médica do interno;	internos na área de Investigação Clínica em Saúde, atendendo às prioridades estabelecidas no Plano Nacional de Saúde e no programa de Governo. As patologias e domínios da intervenção clínica visados poderão abarcar cuidados desenvolvidos nos diferentes níveis: ambulatoriais, domiciliários e hospitalares. Foram identificadas representatividades do sector da saúde. O MS está responsável pela formação e aprendizagem média do interno.
			Protocolo celebrado entre o MS, a FCT, a Fundação Calouste Gulbenkian e a Fundação Champalimaud para a Execução do Programa de Formação Médica Avançada. Fevereiro 2009	MS MCTES Fundação Calouste Gulbenkian Fundação Champalimaud	Foram identificadas representatividades do sector da saúde, no entanto, não foi identificada qual a representação que tem.
			Concurso Projectos de Investigação Científica e de Desenvolvimento Tecnológico no domínio da Investigação Clínica	MCTES – Financiamento a 50% MS - Financiamento a 50%	Foram identificadas representatividades do sector da saúde, na medida em que este financia a 50% a iniciativa.
		Sistema de certificação electrónica do estado	Resolução do Conselho de Ministros nº 171/2005 – Cria a Entidade de Certificação Electrónica do Estado - Infra-Estrutura de Chaves Públicas (ECEE-ICP)	MCTES	Oportunidades: Este sistema desenvolve um ambiente favorável à utilização das novas tecnológicas e da internet, visando garantir segurança nas transacções electrónicas realizadas entre serviços e organismos do Estado, entre o Estado e as empresas e os cidadãos. Não foram identificadas representatividades da saúde
			Decreto-lei nº 116-A/2006, 16 de Junho – Cria o Sistema de Certificação Electrónica do Estado	MCTES (UMIR) - Responsável pela iniciativa;	
		Voto electrónico	Voto electrónico	MCTES (UMIC) - Responsável pela iniciativa;	Oportunidades: Esta medida é muito importante para a coesão social e o envolvimento cívica da população no processo eleitoral, pois estimula a participação democrática dos cidadãos através da utilização das TIC (difusão da informação, procura de informação e participação no processo de decisão). Não foram identificadas representatividades da saúde
		SIFIDE – Sistema de Incentivos Fiscais em	Lei nº 40/2005, 3 de Agosto de 2005 - Cria o SIFIDE, sistema de incentivos fiscais em investigação e desenvolvimento empresarial Despacho nº 9028/2007 - Contabilização das despesas de	MCTES MEID	Oportunidades: Incentiva as empresas a apostarem em investigação e desenvolvimento, apostando na inovação,

		Investigação e Desenvolvimento Empresarial	investigação e de desenvolvimento		na obtenção de novos conhecimentos e softwares, capacitando-as para competirem no mercado global. Não foram identificadas representatividades da saúde
Organização e funcionamento das escolas	Avaliação do ensino superior		Despacho n.º 484/2006 (2ª série), 9 de Janeiro – Aprovação do <u>programa de avaliação</u> do ensino superior	MCTES - Responsável pela iniciativa;	Oportunidades: Estimula a cultura da avaliação em Portugal. A criação de um sistema de avaliação e acreditação do ensino, compatível com as melhores práticas internacionais, garante que os estabelecimentos de ensino cumpram os padrões de qualidade da prática educativa. Como resultado, os alunos atingem um maior desenvolvimento pessoal e educacional, que os ajudará a encontrar empregos que vão ao encontro das suas expectativas pessoais e, também, das necessidades do mercado de trabalho. Não foram identificadas representatividades da saúde
			Decreto -Lei n.º 74/2006, de 24 de Março – Aprovação do <u>regime jurídico dos graus e diplomas</u> , e fixação dos princípios gerais da acreditação das instituições de ensino superior e dos seus ciclos de estudos	MCTES - Responsável pela iniciativa;	
			Lei n.º 38/2007, 16 de Agosto - Aprovação do <u>regime jurídico da avaliação</u> do ensino superior	MCTES - Responsável pela iniciativa;	
			Decreto-lei n.º 369/2007, 5 de Novembro – Criação da <u>Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior</u>	MCTES - Responsável pela iniciativa;	
	Financiamento do ensino superior		Lei n.º 49/2005, 30 de Agosto - Lei de bases do financiamento do ensino superior	MCTES	Oportunidades: Estabelece a flexibilização do sistema, ao atribuir a cada uma das instituições a responsabilidade pela selecção dos alunos, privilegiando como critério a experiência profissional dos candidatos. Não foram identificadas representatividades da saúde
	Regime jurídico das instituições do ensino superior		Lei n.º 62/2007, 10 de Setembro - Regime Jurídico das Instituições de Ensino Superior (RJIES)	MCTES - Responsável pela iniciativa;	Oportunidades: Regula os princípios da organização do sistema de ensino superior. Não foram identificadas representatividades da saúde
	Mobilidade dos estudantes entre os estabelecimentos de ensino superior		Portaria n.º 401/2007, 5 de Abril – Reingresso, mudança de curso e transferência e respectiva regulamentação	MCTES - Responsável pela iniciativa;	Oportunidades: Facilita a mobilidade dos alunos entre os estabelecimentos de ensino. Não foram identificadas representatividades da saúde
Internacionalização e cooperação entre as faculdades de medicina	Cooperação entre faculdades		Resolução do Conselho de Ministros n.º 47/2009 - Programa « <u>Harvard Medical School - Portugal program in translational research and information</u> »	MCTES (FCT) - Acompanhar, monitorizar e avaliar a execução do contrato	Oportunidades: Potencia projectos inovadores que contribuem efectivamente para reforçar a capacidade científica e de formação avançada em Portugal; permite a mobilidade e a transferência de conhecimento e experiências culturais entre
			Resolução do Conselho de Ministros n.º 132/2006 - Programas de investigação e educação avançada a celebrar entre a FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, IP, e o MIT - Massachusetts Institute	MCTES	

			of Technology, a <u>CMU – Carnegie Mellon University</u> e a <u>UT Austin – University of Texas at Austin</u>		os alunos / investigadores. Traz desenvolvimento para o tecido económico português. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
--	--	--	---	--	--

Sector	Categoria	Sub-categoria	Indicadores Implementação	Agentes Envolvidos	Comentários
MTSS		Actividades			
Trabalho e Solidariedade Social	Criação de emprego	PNACE – Programa Nacional de Acção para o Crescimento e o Emprego 2005-2008	Resolução do Conselho de Ministros nº 183/2005, 28 de Novembro - Aprova o Programa Nacional de Acção para o Crescimento e o Emprego 2005-2008	MTSS - Responsável pela iniciativa;	O emprego tem um efeito significativo na saúde física, mental e social dos cidadãos. O trabalho remunerado fornece, para além de dinheiro, um sentimento de pertença e identidade, contactos sociais e oportunidades para o crescimento económico (Second Report on the Health of Canadians, 1999). Neste sentido, as medidas de apoio e incentivo ao emprego que respeitem os direitos, a saúde e bem-estar dos indivíduos são saudáveis para o desenvolvimento da sociedade. Oportunidades: Todas as actividades descritas foram desenvolvidas com o objectivo de aumentar o emprego e a criação do próprio emprego. Cada uma apresenta a sua especificidade, no entanto, todas desejam criar postos de trabalho e mecanismos para empregar o cidadão, contribuindo para o seu desenvolvimento pessoal e o crescimento económico do país. O portal do emprego Pretende impulsionar a oferta (por parte das entidades) e procura (por parte do cidadão) de emprego. Assim, facilita esse processo porque o cidadão/
		PAECPE – Programa de Apoio ao Empreendedorismo e à Criação do Próprio Emprego	Portaria nº 985/2009, 4 de Setembro – Criação do Programa de Apoio ao Empreendedorismo e à Criação do Próprio Emprego - PAECPE	MTSS (IEFP) - Responsável pela iniciativa;	
		Medidas excepcionais de apoio ao emprego e à contratação	Portaria nº 130/2009 de 30 de Janeiro - Medidas excepcionais de apoio ao emprego e à contratação	MTSS - Responsável pela iniciativa;	
		Iniciativa para o investimento e o emprego	Lei nº 10/2009, 10 de Março - Cria o programa orçamental designado por <u>Iniciativa para o Investimento e o Emprego</u>	MTSS - Responsável pela iniciativa; MFAP – Financiamento da iniciativa;	
		Portal do Emprego e Formação	Portal do emprego e formação	MTSS (IEFP) - Responsável pela iniciativa;	
		Contrato emprego	Portaria nº 128/2009, 30 de Janeiro - Regulamenta as medidas	MTSS - Responsável pela	

		-inserção» e «Contrato emprego - inserção+	«Contrato emprego -inserção» e «Contrato emprego -inserção+»	iniciativa;	empresas não precisam de se deslocar para ter acesso a informação sobre emprego, podem fazê-lo a partir de casa. Não foram identificadas representatividades da saúde
		Programa Qualificação-Emprego	Portaria nº 126/2009, 30 de Janeiro - Cria o Programa Qualificação-Emprego	MTSS - Responsável pela iniciativa;	
		Programas de estágios profissionais	Portaria nº 129/2009 de 30 de Janeiro – Regulamenta o programa de estágios profissionais	MTSS - Responsável pela iniciativa;	
			Resolução do Conselho de Ministros nº 87/2005, 29 de Maio - Cria o <u>Programa INOV-JOVEM</u> - Jovens Quadros para a Inovação nas PME	MTSS (IEFP) - Responsável pela iniciativa;	
			Portaria nº 586-A/2005, 8 de Julho – Estabelece o regime de concessão dos <u>apoios técnicos e financeiros</u> do Programa INOV-JOVEM e define as respectivas normas de funcionamento e acompanhamento;	MTSS - Responsável pela iniciativa;	
			Portaria n.º 131/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela Portaria nº 262/2009, de 12 de Março - <u>Estágios Qualificação-Emprego</u>	MTSS - Responsável pela iniciativa;	
	Combate ao desemprego	Regime de protecção no desemprego	Decreto-lei nº 220/2006, 3 de Novembro – Estabelece o novo <u>regime jurídico de protecção no desemprego</u> ;	MTSS (ISS) - Responsável pela iniciativa;	A evidência demonstra que o desemprego é tendencialmente mais elevado em grupos com um baixo estatuto sócio-económico e que se encontrem numa posição vulnerável face ao mercado de trabalho (por ex: pessoas com pouca escolaridade, famílias com baixos rendimentos, mães solteiras, minorias étnicas e imigrantes). Os autores defendem que, nestas situações, devem ser tomadas algumas medidas para evitar que os indivíduos cheguem a situações de pobreza irreversíveis (Dahlgren & Whitehead, 2007). Sugerem que se desenvolvam medidas que apoiem a manutenção do apoio financeiro às famílias, por exemplo, o subsídio de desemprego; que garantam uma articulação eficaz com a segurança social; que proporcionem a aprendizagem ao longo da vida; e que se façam reformas no sector do trabalho. Oportunidades: O subsídio de
			Portaria nº 8-B/2007, 3 de Janeiro e Portaria nº 1301/2007, 3 de Outubro – Regulamenta o decreto-lei anterior;		
			Decreto-Lei nº 68/2009, de 20 de Março - Introduz medidas temporárias de <u>apoio aos desempregados</u> , designadamente, o prolongamento, por mais 6 meses, do subsídio social de desemprego	MTSS (ISS) - Responsável pela iniciativa;	
			Decreto-Lei nº 150/2009, 30 de Junho - Estabelece um regime de <u>alargamento das condições de atribuição do subsídio social de desemprego</u>	MTSS - Responsável pela iniciativa;	
			Portaria nº 300/2008, 17 de Abril – <u>Fundo Europeu de Ajustamento à Globalização</u> – FEG	MTSS - Responsável pela iniciativa;	

					<p>desemprego e o Fundo Europeu de Ajustamento à Globalização são medidas de protecção social que ajudam o indivíduo a sobreviver a situações de desemprego, evitando a pobreza.</p> <p>Não foram identificadas representatividades da saúde</p>
		GIP - Gabinetes de inserção profissional	Portaria nº 127/2009, 30 de Janeiro – Cria e regula o funcionamento dos Gabinetes de Inserção Profissional - GIP	MTSS (IEFP) - Responsável pela iniciativa;	<p>O desemprego causa saúde precária e morte prematura, incluindo uma deterioração da saúde mental e um aumento do risco de suicídio. A literatura aponta que o desemprego pode também ter um impacto negativo nas crianças que vivem com pais desempregados, no entanto não explica porquê (Dahlgren & Whitehead, 2007). A percepção de risco de ficar desempregado é uma fonte de stress que se sabe não ser saudável para o cidadão. Por conseguinte, a crescente força de trabalho resignada a contratos de trabalho temporários indica que pode emergir um novo determinante da saúde.</p> <p>Oportunidades: Os GIP apoiam os cidadãos desempregados na definição ou desenvolvimento do seu percurso de inserção ou reinserção no mercado de trabalho.</p> <p>Não foram identificadas representatividades da saúde</p>
	Segurança no trabalho	Segurança no trabalho	<p>Decreto-lei nº 46/2006, 24 de Fevereiro – Transpõe a Directiva nº 2002/44/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, relativa às prescrições mínimas de protecção da saúde e segurança dos trabalhadores em caso de exposição aos riscos devidos a agentes físicos</p> <p>Decreto-lei nº 211/2006, 27 de Outubro – Aprova a lei orgânica do MTSS pela qual é criada a ACT⁴⁵</p> <p>Decreto-Lei nº 352/2007, 23 de Outubro – Aprova a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais e a Tabela Indicativa para a Avaliação da Incapacidade</p>	<p>MTSS (ACT) - Responsável pela iniciativa;</p> <p>MTSS (ACT) - Responsável pela iniciativa;</p> <p>MTSS (ACT) - Responsável pela iniciativa;</p>	<p>A literatura demonstra que os problemas de saúde comuns relacionados com as condições de trabalho são: dor de costas, stress, dores musculares no pescoço e ombros e fadiga. A relação directa entre pobres resultados em saúde e condições de trabalho adversas surgem consoante a intensidade e a repetitividade do trabalho, ou seja, quanto mais intenso e repetitivo for pior para a saúde. Por esta razão, os</p>

⁴⁵ Autoridade para as Condições de Trabalho

			em Direito Civil		serviços preventivos de saúde ocupacional são importantes, para examinar as condições de trabalho a que estão sujeitos os trabalhadores (Hamalainen & Lindstrom, 2006).
			Lei nº 102/2009, 10 de Setembro – Regime Jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho	MTSS (ACT) - Responsável pela iniciativa;	Oportunidades: A legislação melhora as condições de segurança e saúde no trabalho. Desta forma, Portugal tem tido progresso na implementação de legislação que combata injustiças laborais prejudiciais à saúde. Por outro lado, a Estratégia Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho é um indicador que existe uma estratégia delineada que visa a redução de acidentes de trabalho e a promoção da higiene, segurança e saúde no trabalho. Foi identificadas representatividades da saúde. Este faz-se representar no Conselho Consultivo para a Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho. Para além disso presta através do SNS actividades de promoção e vigilância da saúde. Dinamiza e apoia a formação de médicos do trabalho e colabora na elaboração de guias sectoriais de orientação para as actividades de vigilância da saúde dos trabalhadores.
			Resolução do Conselho de Ministros nº 59/2008, de Abril - Aprova a Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho, para o período 2008-2012	MTSS (ACT) - Responsável pela iniciativa; MS (DGS) – Tem representação no Conselho Consultivo para a Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho; presta através das instituições e serviços do SNS actividades de promoção e vigilância da saúde; desenvolve mecanismos de articulação no âmbito de processos de autorização de empresas prestadoras de serviços de segurança e saúde; dinamiza e apoia a formação de médicos do trabalho; colabora na elaboração de guias sectoriais de orientação para as actividades de vigilância da saúde dos trabalhadores;	
			Plano de Acção Inspectiva da Autoridade para as Condições de Trabalho 2008-2010	MTSS (ACT) - Responsável pela iniciativa;	
	Proteção social e combate à pobreza	PARES - Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais	Portaria nº 426/2006, 2 de Maio – Cria e regulamenta o <u>Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais</u> - PARES	Financiamento: O financiamento é exclusivo do MTSS. MTSS (ISS) – Implementa e acompanha os projectos direccionados a idosos e pessoas em situação de dependência; MS – Coordena os cuidados de saúde a esta população; cria parcerias entre os centros de saúde, hospitais, cuidados paliativos, etc. e as instituições locais e autarquias.	Oportunidades: O alargamento da Rede de Equipamentos Sociais é fundamental para o bem-estar e melhoria das condições de vida dos cidadãos e das famílias. Este programa pretende criar respostas sociais destinadas às crianças, facilitando a conciliação da vida familiar com a vida profissional, às pessoas idosas, criando condições que promovam a sua autonomia, e melhorando a resposta ao envelhecimento e às situações de dependência e, ainda, às pessoas com deficiência, promovendo maiores níveis de integração e o pleno exercício da cidadania. Por outro lado, o Investimento em Equipamentos Sociais constitui um incentivo ao investimento
		PAIES - Programa de Apoio ao Investimento em Equipamentos Sociais	Portaria nº 869/2006, 29 de Agosto – Cria e regula o <u>Programa de Apoio ao Investimento em Equipamentos Sociais</u> - PAIES		

					<p>privado, apoiando as entidades promotoras ao nível do juízo, permitindo o recurso a o crédito. Ou seja, é uma ferramenta de apoio à criação de estruturas sociais.</p> <p>Foram identificadas representatividades do sector da saúde. Este sector coordena os cuidados de saúde oferecidos a esta população, através de protocolos de parcerias entre os seus serviços e as organizações sociais e autarquias.</p>
		Rede de cuidados continuados	<p>Resolução do Conselho de Ministros nº 84/2005, de 27 de Abril – Cria a <u>Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e aos Cidadãos em Situação de Dependência</u></p> <p>Despacho nº 345/2005, 27 de Abril – Determina os elementos que compõe a Comissão</p> <p>Decreto-Lei nº 101/2006, 6 de Junho – Cria a <u>Rede Nacional de Cuidados Continuados</u></p>	<p>MS – Coordena a Comissão; MTSS MFAP</p> <p>MS MTSS</p> <p>MS – Assegura os cuidados médicos. As equipas dos serviços de saúde primários avaliam a situação que se encontra a pessoa e accionam os mecanismos necessários para que esta tenha os cuidados – no domicílio ou em serviços especializados, como os cuidados paliativos. MTSS – Após a supervisão da equipa dos cuidados de saúde primários, assegura o apoio domiciliário necessário, através da parceria com IPSS e Associações. Ajuda com os equipamentos.</p>	<p>Os últimos anos de vida são, frequentemente, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade, mas muitas vezes susceptíveis de prevenção, tratamento e recuperação.</p> <p>Oportunidades da Comissão: O seu principal objectivo foi o de desenvolver um modelo de intervenção e matéria de cuidados integrados destinados a pessoas em situação de dependência.</p> <p>Foram identificadas representatividades do sector da saúde. A Comissão está sob a dependência do MS e trabalha em parceria com o MTSS.</p> <p>Oportunidades da Rede: Esta medida visa a prestação de cuidados integrados a pessoas que se encontram em situação de dependência. Assim, o seu principal objectivo é melhorar as condições de vida e o bem-estar destas pessoas, através da prestação de cuidados de saúde e apoio social. O seu modelo de intervenção é integrado e articulado prevendo os diferentes tipos de unidades e equipas para a prestação de cuidados de saúde e/ ou apoio social.</p> <p>Foram identificadas representatividades do sector da saúde. Este sector assegura os cuidados médicos ao doente. Realiza a avaliação da situação e faz o devido encaminhamento.</p>
		Complemento solidário do idoso	Decreto-Lei nº 232/2005, 29 de Dezembro – Cria o <u>Complemento Solidário do Idoso</u>	MTSS	Não foram identificadas representatividades do sector da saúde

		Benefícios adicionais à saúde do idoso	<p>Decreto-Lei nº 252/2007, 5 de Julho - Cria um <u>regime de benefícios</u> adicionais de saúde para os beneficiários do complemento solidário instituído pelo Decreto-Lei anterior</p> <p>Portaria nº 833/2007, 3 de Agosto - Regras para o <u>pagamento dos benefícios adicionais de saúde</u> no âmbito do complemento solidário</p>	<p>MS - Verifica a situação de beneficiário, a adequação da medicação comparticipada pelo Estado e encaminha para a Seg. Social;</p> <p>MTSS (ISS) - Emite o documento comprovativo da qualidade de beneficiário do complemento solidário para idosos;</p> <p>MFAP</p>	<p>Oportunidades: As reformas dos idosos são, geralmente, muito baixas face ao mercado capital e às despesas com as necessidades básicas (medicação, alimentação e habitação). Esta medida visa reduzir as desigualdades e melhorar a qualidade de vida destas pessoas, ao diferenciar, positivamente, a atribuição de um subsídio e de benefícios adicionais para medicamentos e outros bens com baixa comparticipação do Estado.</p> <p>Foram identificadas representatividades do sector da saúde. Este criou um regime de benefícios adicionais de saúde para ajudar os idosos com algumas despesas: medicamentos; óculos e lentes; próteses dentárias</p>
		Programa Conforto Habitacional	<p>Despacho nº 6716-A/2007, 5 de Abril – Cria o <u>Programa Conforto Habitacional para Idosos</u></p>	MTSS Municípios	<p>Oportunidades: Melhorar as condições de habitabilidade dos idosos e prevenir a institucionalização.</p> <p>Não foram identificadas representatividades do sector saúde.</p>
		Programa de Contratos Locais de Desenvolvimento Social	<p>Portaria nº 396/2007, 2 de Abril – Cria e regulamenta o Programa de Contratos Locais de Desenvolvimento Social</p>	MTSS	<p>A pobreza e a exclusão social, fenómenos persistentes nas sociedades, resultam da escassez de recursos para fazer face às necessidades básicas e padrão de vida da sociedade actual. Estes assumem várias formas e diversas dimensões, destacando-se o desemprego, a baixa qualificação, a marginalidade, a imigração e a deficiência, entre outras.</p> <p>Oportunidades: Este programa visa desenvolver eixos como o emprego, formação e qualificação, intervenção familiar e parental, capacitação da comunidade e das instituições e informação e acessibilidade, constituindo-se uma ferramenta de combate à pobreza e exclusão social.</p> <p>Não foram identificadas representatividades do sector saúde.</p>

		Condições das residências para pessoas com deficiência	Despacho Normativo nº 28/2006, 3 de Maio - Aprova o Regulamento das Condições de Organização, Instalação e Funcionamento das Estruturas Residenciais para Pessoas com Deficiência	MTSS - Responsável pela iniciativa;	Oportunidades: Estas medidas regulam os serviços de apoio social e são importantes na medida que estabelecem padrões de qualidade para os mesmos, garantindo o bem-estar da população a quem se dirigem. Não foram identificadas representatividades do sector saúde.
		Regula as actividades dos centros ocupacionais	Portaria nº 432/2006, 3 de Maio - Regulamenta as actividades desenvolvidas nos centros de actividades ocupacionais	MTSS - Responsável pela iniciativa;	
		Protecção contra a exploração sexual infantil	Lei nº 113/2009 17 de Setembro - Estabelece medidas de protecção de menores, em cumprimento do artigo 5.º da Convenção do Conselho da Europa contra a Exploração Sexual e o Abuso Sexual de Crianças, e procede à segunda alteração à Lei n.º 57/98, de 18 de Agosto	MTSS	Oportunidades: Estabelece medidas de protecção de crianças, prevenindo situações de exploração e abuso sexual. Não foram identificadas representatividades do sector saúde.
		Novo regime de pensões	Decreto-Lei nº 187/2007, 10 de Maio - Define e regulamenta o regime jurídico de protecção nas eventualidades invalidez e velhice do regime geral de segurança social	MTSS	A protecção social assume um papel essencial de apoio a situações extremas e inesperadas, como o desemprego, a doença, a invalidez e o envelhecimento. Os estados devem ter mecanismos que dêem resposta a estas situações. Oportunidades: O novo regime de pensões actualiza as pensões relativas à invalidez e velhice, contribuindo, desta forma, para a redução da pobreza e exclusão social. Não foram identificadas representatividades do sector saúde.
	Inclusão e capacitação comunitária	Emprego apoiado	Decreto-Lei nº 290/2009, 12 de Outubro - Cria o Programa de Emprego e Apoio à Qualificação das Pessoas com Deficiências e Incapacidades e define o regime de concessão de apoio técnico e financeiro para o desenvolvimento das políticas de emprego e apoio à qualificação das pessoas com deficiências e incapacidades	MTSS - Responsável pela iniciativa;	Oportunidades: Facilita o acesso ao mercado competitivo de trabalho, permitindo a aquisição de benefícios sócio-económicos indispensáveis à igualdade de oportunidades e a inclusão das pessoas com incapacidades na sociedade (Ornelas, 2008) Não foram identificadas representatividades do sector saúde.
		Rendimento social de inserção	Lei nº 45/2005, 29 de Agosto – Revoga o rendimento mínimo garantido e cria o <u>rendimento social de inserção</u>	MTSS - Responsável pela iniciativa; MS – Envolvimento nos Núcleos Locais de Inserção;	Oportunidades: É um mecanismo de combate à pobreza possibilitando a indivíduos, e seus agregados familiares, a obtenção de apoios adaptados à sua situação, facilitando a satisfação das suas necessidades básicas e visando a inserção laboral, social e comunitária. Foram identificadas representatividades do sector da saúde, na medida que este

					está envolvido nos Núcleos Locais de Inserção. No entanto, é necessário compreender a que nível se verifica a sua colaboração.
		Plano Nacional para a Inclusão 2006-2008	Resolução do Conselho de Ministros nº 166/2006, 15 de Dezembro - Aprova o Plano Nacional de Acção para a Inclusão (PNAI) para o período de 2006-2008	MTSS; MFAP; MEID; MAOT; ME; MPCM; MOPTC; MCTES; MC; MAI MS – Contribui com a rede de cuidados continuados integrados	Oportunidades: O PNAI é uma estratégia global assente na análise do contexto sócio-económico e dos seus reflexos sobre a pobreza e a exclusão social, o que conduziu à definição de três prioridades políticas de intervenção: combater o défice histórico no domínio da pobreza persistente; elevar os níveis de qualificação como factor determinante na ruptura dos ciclos de pobreza, e promover medidas de prevenção para as novas realidades sociais que acarretam elevados níveis de risco de exclusão. Para o alcance destes objectivos visa com a participação de vários ministérios e organismos estatais. Foram identificadas representatividades do sector saúde, nomeadamente com a disponibilização e alargamento da rede de cuidados continuados integrados.
		Estratégia Nacional para a Protecção Social e Inclusão Social 2008-2010	Estratégia Nacional para a Protecção Social e Inclusão Social 2008-2010	MTSS; MFAP; MEID; MJ; MAOT; MAI; ME; MOPTC; MCTES; MC MS – Criar a Linha Saúde 24; Implementar o Programa de Saúde Oral e o Programa Nascer Cidadão. Assegurar o sistema de cuidados continuados integrados; e o lançamento de Unidades de Cuidados Continuados de Saúde Mental Autarquias IPSS	Oportunidades: Esta Estratégia, que integra o PNAI português, é uma ferramenta de combate à pobreza e exclusão social em Portugal. Conta com a colaboração de diversos Ministérios e organismos estatais. Foram identificadas representatividades do sector saúde. Ao nível do sistema de cuidados continuados integrados; e o lançamento de Unidades de Cuidados Continuados de Saúde Mental; Para além disso, criou a Linha Saúde 24 e desenvolveram e implementaram o Programa de Saúde Oral e o Programa Nascer Cidadão;
		PAIPDI - I Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiência ou	Resolução do Conselho de Ministros nº 120/2006, 21 de Setembro – Adopção do I Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade (PAIPDI)	MTSS; MCTES; MAOT; MOPTC; MPCM; MADRP; ME; MEID; MDN; MC; MAI; MFAP; MS - Contribui com ajudas	Oportunidades: O Plano de Acção define um conjunto de medidas de actuação dos vários departamentos governamentais, bem como metas a alcançar com vista a criar uma sociedade que garanta a participação

		Incapacidade		técnicas para os alunos no âmbito das estruturas educativas com o sistema complementar de atribuição e financiamento de ajudas técnicas; Autarquias	efectiva das pessoas com deficiência. Foram identificadas representatividades do sector saúde. Este sector contribui com ajudas técnicas para os alunos no âmbito das estruturas educativa;
		Plano Nacional para a Promoção da Acessibilidade	Resolução do Conselho de Ministros nº 9/2007, de 17 de Janeiro - Plano Nacional para a Promoção da Acessibilidade (resulta da Lei nº 38/2004, de 18 de Agosto (Lei de Bases da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação das Pessoas com Deficiência) Decreto-Lei nº 163/2006, 8 de Agosto - Aprova o regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais	MTSS; MOPTC; MAOT; MCTES; ME; MC; MEID; MDN; MJ; MFAP; MNE; MS – Apoia na divulgação de informação; na implementação do modelo do balcão acessível; e na avaliação das condições de acessibilidade; Sector privado Autarquias Associações e ONG's	A existência de barreiras no acesso ao meio físico edificado e às tecnologias da informação e das comunicações representa um obstáculo à qualidade de vida dos cidadãos com mobilidade condicionada ou com dificuldades sensoriais. Neste sentido, é fundamental que o Estado assegure política nacional de prevenção e de tratamento, reabilitação e integração destes cidadãos Oportunidades: O PNPA constitui um instrumento de medidas que visam a construção de uma rede global, coerente e homogénea de acessibilidades, para proporcionar às pessoas com deficiência condições iguais às dos restantes cidadãos. Possibilita a este segmento populacional a utilização plena de todos os espaços públicos e edificados, mas também dos transportes e das tecnologias de informação, o que irá proporcionar um aumento da sua qualidade de vida e a prevenção e eliminação de diversas formas de discriminação ou exclusão.
		Normas técnicas de acessibilidade	Decreto-Lei nº163/2006, de 8 de Agosto - Normas Técnicas de Acessibilidade	MTSS	Foram identificadas representatividades do sector saúde, através do apoio a actividades de informação e divulgação, implementação de algumas medidas e avaliação das condições de acessibilidade.
		Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem-Abrigo 2009 - 2015	Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem-Abrigo 2009 - 2015	MTSS; MPCM; MAOT; MOPTC; MAI; MJ; MS - Assegurar a acessibilidade aos cuidados de saúde; Autarquias Entidades privadas	O fenómeno dos sem-abrigo é complexo e multidimensional, que requer uma abordagem integrada e abrangente de modo a garantir que os direitos humanos desta população são considerados. Oportunidades: A estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem Abrigo , representa uma abordagem

					integrada para a redução do impacto que esta situação representa. Foram identificadas representatividades do sector saúde. Este assegura a acessibilidade aos cuidados de saúde (primários e continuados de saúde mental, entre outros)
		Programa Abrir Portas à Diferença	Despacho nº 12 789/2006, 20 Junho – Aprova a realização do programa Abrir Portas à Diferença 2006. Despacho n.º 10404/2008, 9 de Abril - Determina as condições de realização pelo INATEL do programa Abrir as Portas à Diferença 2008. Despacho nº 7584/2009, 16 de Março - Determina as condições de realização pela Fundação INATEL do programa «Abrir as portas à diferença 2009»	MFAP MTSS	Oportunidades: Proporciona a integração e o desenvolvimento psíquico, físico e social, permitindo o acesso ao gozo de férias organizadas a um número significativo de pessoas, independentemente da sua idade, constituindo um importante instrumento de promoção da igualdade de oportunidades e de inclusão social. Não foram encontradas representatividades do sector da saúde.
		Pune a discriminação	Lei nº 46/2006, 28 de Agosto - Proíbe e pune a discriminação em razão da deficiência e da existência de risco agravado de saúde Decreto-Lei nº 34/2007, 15 de Fevereiro – Regulamenta a lei anterior	MTSS	A estigmatização e a discriminação são fenómenos que excluem o cidadão de usufruir os seus direitos. Oportunidades: A presente lei previne e proíbe a discriminação, directa ou indirecta, em razão da deficiência, sob todas as suas formas, e sancionar a prática de actos que se traduzam na violação de quaisquer direitos fundamentais. Não foram encontradas representatividades do sector da saúde.
		Rede Social	Decreto-Lei nº 115/2006, 14 de Junho – Regulamenta a <u>Rede Social</u>	MTSS MS – Representação e assento nos órgãos próprios;	A pobreza e a exclusão social atingem em particular grupos de população mais vulneráveis, destacando-se as pessoas idosas, as pessoas com deficiências e os imigrantes, havendo necessidade de ter em especial atenção as estratégias de intervenção para estes grupos alvo Oportunidades: A rede social consiste numa parceria alargada incide na planificação estratégica da intervenção social local, abarcando actores sociais de diferentes naturezas e áreas de intervenção, visando contribuir para a erradicação da pobreza e da exclusão social e para a promoção do desenvolvimento social ao

					nível local. Foram encontradas representatividades no sector da saúde através da sua representação e assento nos órgãos próprios.
		Protecção na invalidez	Lei nº 90/2009, 31 de Agosto - Aprova o regime especial de <u>protecção na invalidez</u>	MTSS	A protecção social assume um papel essencial de apoio a situações extremas e inesperadas, como o desemprego, a doença, a invalidez e o envelhecimento. Os estados devem ter mecanismos que dêem resposta a estas situações. Oportunidades: O regime de protecção na invalidez constitui uma medida de combate à pobreza e exclusão social, que prevê a melhoria das condições de vida do indivíduo com incapacidade. Não foram encontradas representatividades do sector da saúde.
		Programa para a Inclusão e Cidadania	Resolução do Conselho de Ministros nº 79/2009, 2 de Setembro - Cria a <u>estrutura de missão</u> designada Programa para a Inclusão e Cidadania (PIEC), sucede ao PETI	MTSS	A violência e a exploração são fenómenos que emergem nas sociedades actuais. Por esta razão é essencial que o Estado desenvolva mecanismos ou estruturas que ajudem na prevenção destas situações, especialmente no estrato da população mais vulnerável. Oportunidades: Esta medida visa prevenir situações de exploração do trabalho infantil, apresentando uma estratégia de inclusão para os jovens e a família. Não foram encontradas representatividades do sector da saúde.
Promoção da saúde e do bem-estar		Programa Turismo Solidário 2006	Despacho nº 12 788/2006, 20 de Junho - Aprova a realização do programa Turismo Solidário 2006 Despacho nº 10405/2008, 9 de Abril - Determina as condições de realização pelo INATEL do Programa Turismo Solidário 2008. Despacho nº 7585/2009, 16 de Março - Determina as condições de realização pela Fundação INATEL do Programa Turismo Solidário 2009	MTSS INATEL	Oportunidades: O turismo solidário é uma iniciativa que contribui para promover a solidariedade e a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos mais carenciados. Não foram encontradas representatividades do sector da saúde.
		Programa Saúde e Termalismo Sénior 2007	Despacho nº 351/2007, 9 de Janeiro - Aprova a realização do Programa Saúde e Termalismo Sénior 2007 Despacho nº 12367/2008, 2 de Maio – Aprova a realização do Programa Saúde e Termalismo Sénior 2008	MFAP MTSS MS – Representação na comissão de acompanhamento do programa;	Oportunidades: Esta medida traz benefícios directos e indirectos para a economia nacional e para a qualidade de vida e saúde dos cidadãos seniores. Para além disso dinamiza a actividade termal nacional e as economias

					regionais e locais. Foram encontradas representatividades do sector da saúde. Tem representação na comissão de acompanhamento do programa.
Apoio à família	Comissão para a Promoção de Políticas de Família e o Conselho Consultivo das Famílias		Decreto-Lei nº 155/2006, 7 de Agosto - Cria a Comissão para a Promoção de Políticas de Família e o Conselho Consultivo das Famílias	MTSS MS – Membro da Comissão	A família é uma das unidades base da sociedade, cabendo ao Estado promover a melhoria da qualidade de vida dos seus membros e proteger os direitos das crianças, mulheres e homens, em particular daqueles que enfrentam maior risco de vulnerabilidade e exclusão social. Oportunidades: A criação da Comissão visa propor e avaliar medidas e políticas que afectem as famílias. Por outro lado, os abonos de família (pré-natal e monoparental) e o regime de maternidade e paternidade constituem medidas de apoio às famílias na criação das suas crianças, pretendem prevenir situações de pobreza e promovem a natalidade. O regime de acolhimento familiar constitui uma medida de integração das crianças e jovens em meio familiar. Pretende disponibilizar todos os cuidados necessários para o desenvolvimento das crianças: educação, saúde, entre outros. Foram encontradas representatividades do sector da saúde, através da sua participação na Comissão para a Promoção de Políticas de Família e o Conselho Consultivo das Famílias.
		Abono de família pré-natal	Decreto-Lei nº 308-A/2007, 5 de Setembro - Reconhece o direito ao abono de família pré-natal e procede à majoração do abono de família a crianças e jovens nas famílias com dois ou mais filhos durante o 2.º e o 3.º anos de vida dos titulares	MTSS	
			Portaria nº 1277/2007, 27 de Setembro - Aprova o modelo de requerimento do abono de família pré-natal e do abono de família para crianças e jovens	MTSS	
			Portaria nº 1223/2007, 20 de Setembro – Aprova o Modelo de certificação médica de tempo de gravidez para atribuição do abono pré-natal	MTSS – Concede o abono; MS – Cria o modelo de certificação;	
		Abono a famílias monoparentais	Decreto-Lei nº 87/2008, 28 de Maio - Introduce uma majoração ao montante do abono de família para crianças e jovens, no âmbito das famílias monoparentais	MTSS	
		Regime de acolhimento familiar	Decreto-Lei nº 11/2008, 17 de Janeiro - Estabelece o regime de execução do acolhimento familiar previsto na lei de protecção de crianças e jovens em perigo	MTSS	
			Decreto-Lei nº 12/2008, 17 de Janeiro - Regulamenta o regime de execução das medidas de promoção dos direitos e de protecção das crianças e jovens em perigo, respeitantes ao apoio junto dos pais e apoio junto de outro familiar, à confiança a pessoa idónea e ao apoio para a autonomia de vida, previstas na Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo	MTSS	
		Regime de maternidade e paternidade	Decreto-Lei nº 105/2008, 25 de Junho - Institui medidas sociais de reforço da protecção social na maternidade, paternidade e adopção integradas no âmbito do subsistema de solidariedade	MTSS MFAP	
			Decreto-Lei nº 89/2009, 9 de Abril - Regulamenta a protecção na parentalidade, no âmbito da eventualidade maternidade, paternidade e adopção, no regime de protecção social convergente	MFAP	

			Decreto-Lei nº 91/2009, 9 de Abril - Estabelece o regime jurídico de protecção social na parentalidade no âmbito do sistema previdencial e no subsistema de solidariedade	MTSS	
--	--	--	--	-------------	--

Sector	Categoria	Sub-categoria	Indicadores de Implementação	Agentes Envolvidos	Comentários
MPCM		Actividades			
PRESIDÊNCIA CONSELHO DE MINISTROS	Desporto	Lei de Bases da Actividade Física e do Desporto	Lei nº 5/2007, 16 de Janeiro - Lei de Bases da Actividade Física e do Desporto	MPCM	A actividade física reduz os riscos de contrair doenças não infecciosas e traz benefícios para a sociedade, aumentando a interacção social e o compromisso comunitário. Os autores defendem que a actividade física não diz apenas respeito à saúde pública, mas a todos os sectores da sociedade, uma vez que, promove o bem-estar das comunidades e a protecção do ambiente, representando um investimento para as futuras gerações (Daughjerg, Kahlmeier, Racioppi, Martin-Diener, Martin, Oja & Bull, 2009). A actividade física traz benefícios quer ao bem estar físico como ao mental: reduz as doenças relacionadas com a inactividade (doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e obesidade), hipertensão, algumas formas de cancro, diminui o stress, ansiedade, depressão e a solidão. Neste sentido, é vital para os Estados a promoção de actividades que favoreçam a prática destas actividades. Oportunidades Lei de Bases da Actividade Física e do Desporto: Define a prática desportiva em PT, nomeadamente a responsabilidade do Estado na promoção da
		Observatório da condição e da aptidão física	Observatório da condição e da aptidão física	MPCM	
		Programa Nacional de Marcha e Corrida	Programa Nacional de Marcha e Corrida	MPCM (IDP⁴⁶) MPCM (FPA⁴⁷) MCTES (FD - UP⁴⁸) Autarquias	
		Cédula PROCAFD	Decreto-Lei nº 271/2009, de 1 de Outubro - Cédula PROCAFD - profissionais responsáveis pela orientação e condução das actividades físicas e desportivas	MPCM (IDP)	
		Combate à Dopagem	Programa Nacional Antidopagem Decreto nº 4-A/2007, 20 de Março – Ratificação da Convenção Internacional contra a Dopagem do Desporto da UNESCO Lei nº 27/2009, 19 de Junho - Estabelece o regime jurídico da luta contra a dopagem no desporto Portaria nº 1123/2009, 1 de Outubro - Aprova as normas de execução regulamentar da Lei n.º 27/2009	MPCM (ADoP⁴⁹) – responsável pelo combate à dopagem em Portugal	

⁴⁶ Instituto do Desporto de Portugal

⁴⁷ Federação Portuguesa de Atletismo

⁴⁸ Faculdade de Desporto da Universidade do Porto

⁴⁹ Autoridade Antidopagem de Portugal

					<p>actividade física e seu financiamento, de forma a melhorar a qualidade de vida e a saúde dos cidadãos.</p> <p>Oportunidades Programa Nacional de Marcha e Corrida: Pretende massificar a prática da marcha e corrida com o enquadramento técnico adequado e assim promover a saúde, estilos de vida activos, combatendo o sedentarismo.</p> <p>Oportunidades Observatório da Condição e da Aptidão Física: Realiza uma análise sistemática dos níveis de aptidão física dos diferentes segmentos da população portuguesa e disponibiliza informação periódica e precisa, útil para o desporto como também para a saúde, segurança social e da educação.</p> <p>Oportunidades Cédula PROCAFD: Define a responsabilidade técnica pela direcção das actividades físicas e desportivas, contribuindo para que estas decorram em segurança, tendo em vista o bem-estar e a saúde dos cidadãos.</p> <p>Oportunidade Combate à Dopagem: Estabelece uma estratégia de luta contra o uso de doping, substância que prejudica a saúde dos que a tomam. Em certos países constitui um problema de saúde pública.</p> <p>Não foram encontradas representatividades do sector da saúde.</p>
	Juventude	Programa Nacional de Juventude 2007-2013	Programa Nacional de Juventude 2007-2013	MPCM	<p>Oportunidades: Constitui uma estratégia de intervenção, apresentando um diagnóstico da realidade e dos principais problemas que os jovens enfrentam. Estabelece eixos prioritários de intervenção.</p> <p>Não foram encontradas representatividades do sector da saúde.</p>
		Comissão interministerial	Resolução do Conselho de Ministros nº 77/2007, 4 de Junho – Cria a Comissão Interministerial para as Políticas da Juventude	MPCM (IPJ⁵⁰) – Envolve a participação dos	<p>Oportunidades: Incrementa o parecer de diversos sectores na definição de políticas</p>

⁵⁰ Instituto Português da Juventude

		para as políticas da juventude		seguintes ministérios: MAI; MNE; MFAP; MAOT; MTSS; ME; MCTES; MEID	para os jovens. Constitui uma óptima ferramenta de acção e diálogo intersectorial para a implementação de políticas dirigidas aos jovens. Não foram encontradas representatividades do sector da saúde.
		Programa Mobilidade e Intercâmbio para Jovens	Portaria n° 345/2006, 11 de Abril – Cria e regulamenta o Programa Mobilidade e Intercâmbio para Jovens, adiante designado por Programa	MPCM (IPJ)	Oportunidades: Permite a troca de experiências e vivências sócio-culturais entre os jovens portugueses e os de outras nacionalidades. Os jovens têm oportunidade de desenvolver certas competências (culturais, linguísticas, sociais) através da educação não formal. Contribui para a desmistificação de preconceitos baseados no desconhecimento. Não foram encontradas representatividades do sector da saúde.
		Associativismo juvenil	Lei n° 23/2006, 23 de Junho - Aprova o regime jurídico do associativismo jovem Portaria n° 1227/2006, 15 de Novembro - Regula o reconhecimento das associações juvenis sem personalidade jurídica Portaria n° 1228/2006, 15 de Novembro - Cria o Registo Nacional do Associativismo Jovem (RNAJ) e aprova o respectivo Regulamento. Portaria n° 1229/2006, 15 de Novembro - Cria o Programa Formar e aprova o respectivo Regulamento. Portaria n° 1230/2006, 15 de Novembro - Cria os programas de apoio financeiro ao associativismo jovem (PAJ, PAI e PAE) e aprova o respectivo Regulamento	MPCM (IPJ)	Oportunidades: Incentiva a mobilização e a participação cívica e comunitária dos jovens. Os jovens têm a possibilidade de desenvolverem um conjunto de competências (relacionamento interpessoal e comunicação, competências linguísticas, liderança, planeamento, trabalho de equipa, consciencialização intercultural, gestão, resolução de conflitos, etc.) transferíveis para outras esferas: trabalho e participação política. Cria comunidades responsáveis e empowering. Não foram encontradas representatividades do sector da saúde.
		Agência nacional para a gestão do programa juventude em acção	Resolução do Conselho de Ministros n° 94/ 2007 – Cria a Agência Nacional para a Gestão do Programa Juventude em Acção	MPCM	Oportunidades: A criação da Agência visa a gestão do Programa. Este programa propõe-se, essencialmente a promover a cidadania activa dos jovens, em geral, e a sua cidadania europeia, em particular, desenvolver a solidariedade dos jovens, incentivar à compreensão mútua entre os povos através dos jovens, contribuir para o desenvolvimento da qualidade dos sistemas de apoio às actividades dos jovens e dar capacidade às organizações da sociedade civil no domínio da juventude, bem como

					fomentar a cooperação europeia em matéria de políticas de juventude. Não foram encontradas representatividades do sector da saúde.
		Programa Todos Diferentes, Todos Iguais	Portaria n° 111/2007, 24 Janeiro - Programa Todos Diferentes, Todos Iguais, adiante designado por Programa TDTI	MPCM (IPJ)	Oportunidades: Este programa tem o objectivo de promover um debate participado sobre os direitos humanos, bem como promover e celebrar a diversidade. Fomenta o voluntariado, a participação e a igualdade entre os povos. Não foram encontradas representatividades do sector da saúde.
		Programa de ocupação de tempos livres	Portaria n° 286/2007, 16 de Março (alteração à portaria n° 201/2001, 13 de Março) – Regulamenta o Programa de Ocupação de Tempos Livres	MPCM (IPJ)	Oportunidades: Desenvolve a ocupação saudável dos tempos livres dos jovens, orientando-os para o desempenho de actividades ocupacionais que proporcionem a conquista de hábitos de voluntariado, que permitam o contacto experimental com algumas actividades profissionais e que potenciem a capacidade de intervenção e participação social e cívica dos jovens, contribuindo para o processo de educação não formal; Não foram encontradas representatividades do sector da saúde.
		Programa CUIDA -TE	Portaria n° 655/2008, 25 de Julho – Cria e regulamenta o Programa CUIDA -TE	MPCM (IPJ) MS – Disponibilização de unidades móveis	Oportunidades: Promove o aconselhamento e a prevenção primária, de forma abrangente, objectivos alcançáveis por meio de estratégias de comunicação, de informação e de apoio à acção, junto dos jovens. Incentiva a adopção de estilos de vida saudáveis, desenvolver competências, de forma global e integradora, ao nível da saúde sexual e reprodutiva, exercício físico, alimentação saudável e consumos nocivos. Foram encontradas representatividades do sector da saúde, nomeadamente a disponibilização de unidades móveis para consulta e realização de teste rápido de VIH/sida
		Programa Especial de Voluntariado	Despacho conjunto n° 499/2005 – Continuidade ao Programa Especial de Voluntariado na Saúde «SNS Jovem»	MTSS (IPJ) MS - Disponibilização dos	Oportunidades: Este programa visa o alargamento da Rede Nacional de

		na Saúde «SNS Jovem»		serviços do SNS para os jovens exercerem o seu voluntariado;	<p>Voluntariado Jovem a nível das instituições do SNS e tem como objectivos facilitar a acessibilidade dos utentes aos serviços do SNS visando o seu acompanhamento e a sua informação e dos seus familiares durante o processo de admissão e permanência na devida instituição e/ou serviço. Representa uma oportunidade para os jovens estudantes, que podem contactar com os serviços de saúde, para os utentes que se sentem acompanhados e para o SNS que adquire capacidade de resposta para algumas situações.</p> <p>Foram encontradas representatividades do sector da saúde, nomeadamente a disponibilização dos serviços do SNS para os jovens exercerem o seu voluntariado</p>
Igualdade de oportunidades		Lei da paridade	Lei Orgânica nº 3/2006, 21 de Agosto - <u>Lei da Paridade</u>	MPCM	<p>Dados estatísticos recentes demonstraram a persistência de uma fraca representação feminina na tomada de decisão, bem como a intensificação de evidências de maus tratos contra as mulheres, a sua maior vulnerabilidade à pobreza e exclusão social, a sua precariedade laboral e uma afectação não equitativa das responsabilidades familiares e domésticas. Este diagnóstico reforça a necessidade de uma intervenção estruturada.</p> <p>Oportunidades: Estabelece que as listas para a Assembleia da República, Parlamento Europeu e Autarquias Locais sejam compostas de modo a ter uma representação mínima de 33,3% de cada um dos sexos nas listas. Esta medida permite que as mulheres e os seus interesses estejam representados aquando a decisão política em Portugal.</p> <p>Não foram encontradas representatividades do sector da saúde.</p>
		Comissão para a Cidadania e Igualdade de	Decreto-lei nº 164/2007, 3 de Maio – Institucionaliza a <u>Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género</u>	MPCM	<p>Oportunidades: Esta Comissão cria uma fusão de organizações. Integra: Comissão para a Igualdade e Direitos das Mulheres;</p>

		Género			<p>Estrutura de Missão contra a Violência Doméstica; Comissão para a Igualdade no Trabalho e Emprego. Tem como missão garantir a execução das políticas públicas no âmbito da cidadania e da promoção e defesa da igualdade de género.</p> <p>Não foram encontradas representatividades do sector da saúde.</p>
		III Plano Nacional para a Igualdade	<p>Resolução de Conselho de Ministros nº 82/2007, 22 de Junho – III Plano Nacional para a Igualdade</p>	<p>MPCM; ME; MCTES; MTSS; MAOT; MOPTC; MNE; MC; MFAP; MJ; MAI; MEID; MADRP; MDN; MS - Criar os mecanismos de apoio necessários à melhoria da qualidade de vida das mulheres idosas; Promover campanhas de sensibilização sobre os Direitos Humanos e práticas culturais tradicionais que violam esses direitos, bem como os respectivos mecanismos de sinalização; Aplicar o sistema de indicadores na área de saúde e género; Apoiar a realização de estudos nesta área; Promover uma campanha de sensibilização destinada aos profissionais de saúde que foque os aspectos específicos da saúde da Mulher e do Homem; Incluir módulos de género nos estágios curriculares e profissionais; Elaborar um Guia de Boas Práticas e Recursos sobre saúde sexual; Promover acções de sensibilização, sobre o exercício de uma sexualidade responsável em todas as etapas do ciclo de vida, a profissionais de saúde que prestam atendimento/ esclarecimento sobre saúde sexual e reprodutiva; Acompanhar os</p>	<p>Oportunidades: O III Plano estrutura-se em 5 áreas estratégicas de intervenção concretizadas em 32 objectivos e 155 medidas. Este visa definir uma linha de intervenção para o combate contra a discriminação no género e a promoção da igualdade de oportunidades.</p> <p>Foram encontradas representatividades do sector da saúde, nomeadamente ao nível da sensibilização e educação sobre práticas que violam os direitos das mulheres e sobre boas práticas de saúde sexual, da investigação sobre esta área, da formação de alunos e profissionais da saúde sobre aspectos específicos da saúde da mulher e do homem e também acompanhar os efeitos da interrupção voluntária da gravidez.</p>

				efeitos da aplicação da lei da Interrupção Voluntária de Gravidez; Autarquias ONG's	
Combate à violência e exploração humana	Sanciona a discriminação em função do sexo	Lei nº 14/2008, 12 de Março - Proíbe e sanciona a discriminação em função do sexo no acesso a bens e serviços e seu fornecimento		MPCM (CCIG⁵¹)	Oportunidades: Esta Lei tem como objectivo prevenir e proibir a discriminação, directa e indirecta, em função do sexo, no acesso a bens e serviços e seu fornecimento e sancionar a prática de actos que se traduzam na violação do princípio da igualdade de tratamento entre homens e mulheres. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde.
	III Plano Nacional contra a Violência Doméstica	Resolução de Conselho de Ministros nº 83/2007, 22 de Junho – III Plano Nacional contra a Violência Doméstica		MPCM; ME; MCTES; MTSS; MAOT; MOPTC; MNE; MC; MFAP; MJ; MAI; MEID; MADRP; MDN; MS – Promoção de campanhas de sensibilização; Definição e implementação de programas de prevenção da reincidência para agressores; Criação de respostas específicas para violência doméstica junto das entidades prestadoras de cuidados de saúde; Implementação no âmbito das ARS, uma experiência piloto, através da criação de uma rede de serviços multidisciplinares de detecção, encaminhamento e intervenção adequada que promova uma abordagem integrada das diversas problemáticas associadas a esta realidade; Criação de fóruns nacionais, coordenados pela CIG,	A Violência Doméstica não é um fenómeno novo nem um problema exclusivamente nacional. A visibilidade crescente que tem vindo a adquirir associada à redefinição dos papéis de género, e à construção de uma nova consciência social e de cidadania, bem como à afirmação dos direitos humanos, levaram os poderes públicos a definir políticas de combate ao mesmo. Oportunidades: O III Plano aponta para a consolidação de uma política de prevenção e combate à violência doméstica, através da promoção de uma cultura para a cidadania e para a igualdade, do reforço de campanhas de informação e de formação, e do apoio e acolhimento das vítimas numa lógica de reinserção e autonomia. Foram identificadas representatividades do sector da saúde, nomeadamente na criação de respostas específicas dos serviços de saúde para situações de violência doméstica, na isenção de taxas moderadoras no acesso ao SNS, na promoção da formação de profissionais

⁵¹ Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género

				envolvendo não só as entidades que fazem parte das experiências piloto, bem como outras instituições dessas regiões; Definição do regime de isenção de taxas moderadoras no acesso ao SNS; Promoção da qualificação de profissionais de saúde, nomeadamente quem exerça actividades na área da violência doméstica, nas urgências hospitalares e nos Centros de Saúde; Sistema integrado de informação e monitorização da problemática da violência doméstica definido no âmbito do Observatório do Género; Criação de um fórum para as entidades governamentais, ONG's com trabalho desenvolvido nesta área; Identificar e caracterizar os perfis profissionais prospectivos e as necessidades de novas competências e de formação para responder aos desafios do fenómeno da violência doméstica; Autarquias ONG's	de saúde para tratamento e detecção dos casos e contribuir para desenvolver um sistema de informação e monitorização da problemática.
		Regime jurídico aplicável à violência doméstica	Lei nº 112/2009, 16 de Setembro – Regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica e à protecção e assistência das suas vítimas	MJ MAI	Oportunidades: Estabelece o regime jurídico à prevenção da violência doméstica e à protecção e assistência das suas vítimas. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
		Pena ao Tráfico de Seres Humanos	Lei nº 59/2007, 4 de Setembro (Artigo 160) – Alteração ao código penal e contempla a pena para o Tráfico de Seres Humanos	MJ	Oportunidades: Cria uma pena para os traficantes de seres humanos. É uma medida de justiça social. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
		I Plano Nacional contra o Tráfico de Seres Humanos	Resolução de Conselho de Ministros nº 81/2007, 22 de Junho – I Plano Nacional contra o Tráfico de Seres Humanos	MPCM; MAI; MJ; MCTES; ME; MNE; MED; MC; MOPTC; MDN; MTSS;	O tráfico de seres humanos é, hoje em dia, uma realidade com um impacto económico comparável com o tráfico de armas e de

				<p>MS - Elaborar folhetos informativos, traduzido em idiomas provenientes de países nos quais PT é considerado país de transito e/ou de destino, sobre o tráfico de seres humanos, a ser distribuído em locais de atendimento ao público pertencentes a serviço, informando sobre locais aos quais uma vítima de tráfico pode recorrer para pedir assistência; Promover formação especializada a profissionais que têm contacto com vítimas de tráfico de seres humanos, por forma a garantir a compreensão das idiossincrasias das características das vítimas de tráfico, suas complexidades e necessidades. Esta formação também permitirá conhecerem medidas legais de apoio e integração, bem como estruturas a accionar quando em contacto com potenciais situações de tráfico, assim como estratégias para assegurar um serviço apropriado e imediato; Formação contínua a profissionais que trabalham com este público; Fornecer cuidados médicos e psicológicos, sociais e jurídicos adequados, confidenciais e gratuitos;</p> <p>ONG's</p>	<p>droga. Abrange toda uma diversidade de problemas e realidades como a migração, o crime organizado, a exploração sexual e laboral, as assimetrias endémicas entre os países mais desenvolvidos e os mais carenciados, questões de género, direitos humanos, quebra de suporte familiares e comunitários, entre outros.</p> <p>Oportunidades: O I Plano visa a promoção dos Direitos Humanos através de uma análise compreensiva do tráfico de seres humanos, para o desenvolvimento de uma resposta e combate efectivo a esse fenómeno, com uma cooperação multidisciplinar entre os diversos agentes envolvidos.</p> <p>Foram identificadas representatividades do sector da saúde, através da sua colaboração no desenvolvimento de folhetos informativos para vítimas de tráfico, na formação de profissionais da saúde e não só para saberem encaminhar uma situação de tráfico e também cuidados médicos.</p>
		Autorização de residência a vítimas de tráfico de pessoas	Decreto-lei nº 368/2007, 5 de Novembro – Define o regime especial de concessão de <u>autorização de residência a vítimas de tráfico</u> de pessoas	MAI	<p>As vítimas de tráfico, por vezes, são repatriadas para o país de origem e voltam a cair nas redes dos traficantes e/ ou são assassinadas pelos mesmos.</p> <p>Oportunidades: A autorização da residência a vítimas de tráfico prevenir</p>

					<p>situações de regresso ao país de origem e possibilita a vítima a recomeçar uma vida.</p> <p>Não foram identificadas representatividades do sector da saúde</p>
		<p>Observatório tráfico de seres humanos</p>	<p>Decreto-lei nº 229/2008, 27 de Novembro – Cria o <u>Observatório Tráfico de Seres Humanos</u></p> <p>Despacho nº 15419/2009, 8 de Julho – Nomeia a Comissão de Trabalho para o Observatório</p>	<p>MPCM</p>	<p>A falta de conhecimento sobre o tráfico de seres humanos está relacionada com a opacidade do fenómeno, pois envolve uma franja da população não visível. Torna-se indispensável recolher indicadores em que possa assentar a definição de políticas para que se desenvolvam práticas de intervenção mais adequadas e eficazes. A dificuldade na recolha de informação sobre o problema do tráfico de seres humanos assenta também na diversidade das fontes de informação, que pode ser proveniente de entidades públicas como da sociedade civil.</p> <p>Oportunidades: A criação do Observatório conjuga a informação recolhida dos diversos actores. Por outro lado, produz informação para aumentar o conhecimento sobre este fenómeno.</p> <p>Não foram identificadas representatividades do sector da saúde</p>

		Lei da nacionalidade	Lei Orgânica nº 2/2006, 17 de Abril – Lei da Nacionalidade (4ª alteração lei nº 37/81, 3 Outubro)	MAI	<p>A literatura e os indicadores de saúde disponíveis sugerem que os migrantes apresentam maior vulnerabilidade a doenças saúde que a população autóctone, nomeadamente a doenças infecciosas (tuberculose, HIV e hepatites) e crónicas (cardiovasculares, diabetes, cancro, esquizofrenia e outros distúrbios), e outros problemas. Tal facto pode ser explicado pelas dificuldades socioeconómicas mencionadas anteriormente e pela adopção de comportamentos de risco (Dias & Gonçalves, 2007). Apesar de haver cobertura e acesso universal aos cuidados de saúde na maioria dos países de destino, constata-se que estas comunidades não beneficiam de todos os serviços disponíveis e não são abrangidas pelos sistemas existentes de promoção da saúde, prevenção ou tratamento da doença. De acordo com as autoras o acesso aos cuidados de saúde pode ser dificultado por diversas barreiras, incluindo barreiras legislativas, estruturais, organizativas, económicas, culturais e linguísticas. Importa assim referir alguns aspectos que podem condicionar a utilização dos serviços de saúde: a) a situação de ilegalidade e o receio de repatriamento, b) as infra-estruturas e o funcionamento dos serviços, nomeadamente a distância, o horário e os tempos de espera, c) as barreiras linguísticas e de comunicação, d) a falta de competências culturais dos profissionais de saúde e e) os determinantes culturais, como os costumes, crenças e representações sobre a saúde, doença e tratamento.</p> <p>Oportunidades: A lei da nacionalidade facilita a obtenção a legalidade em Portugal. Como referido anteriormente uma situação regular pode melhorar o acesso à saúde e a um emprego legal e remunerado, bem como outras coisas. Contudo, a</p>
--	--	-----------------------------	--	------------	---

		Nacionalidade portuguesa	Decreto-lei nº 237-A/2006, 14 de Dezembro – Aprova o regulamento da Nacionalidade Portuguesa		obtenção de nacionalidade portuguesa acarreta direitos e obrigações. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
		Regime de permanência	Lei nº 23/2007, 4 de Julho – Aprova o regime jurídico da entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros no território nacional Decreto Regulamentar nº84/2007, 5 de Novembro – Regulamenta a lei anterior Portaria nº 727/2007, 6 de Setembro - Fixação das taxas e encargos a cobrar pelo SEF Portaria nº 1563/2007, 11 de Dezembro - Meios de subsistência para entrada, permanência e residência de estrangeiros em território nacional	MAI	
		Asilo	Resolução do Conselho de Ministros nº 110/2007, 12 de Julho – Cria as condições para conceder o asilo a refugiados	MPCM MAI – Responsável pela execução e implementação;	
		Programa Escolhas	Resolução do Conselho de Ministros nº 80/2006, 26 de Junho – Procede à renovação do Programa Escolhas 2007 a 2009 Resolução do Conselho de Ministros nº 63/2009 - Procede à renovação do Programa Escolhas 2010 a 2012	MPCM	Oportunidades: Este programa visa promover a inclusão social de crianças e jovens provenientes de contextos socioeconómicos mais vulneráveis, particularmente dos descendentes de imigrantes e minorias étnicas, tendo em vista a igualdade de oportunidades e o reforço da coesão social. Desenvolve actividades lúdicas, culturais e de capacitação comunitária. Não foram identificadas representatividades do sector saúde.
			Despacho normativo nº 7/2006, 10 de Agosto - Aprova o Regulamento do Programa Escolhas 2007-2009 Despacho normativo nº 27/2009, 6 de Agosto - Aprova o Regulamento do Programa Escolhas 2010-2012	MPCM	
		Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural	Decreto-lei nº 167/2007, 3 de Maio – Aprova a orgânica do <u>Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI)</u>	MPCM	Oportunidades: O Alto Comissariado colabora na execução e avaliação de políticas públicas relevantes para a integração dos imigrantes e das minorias étnicas. Promove o diálogo entre as diversas culturas, etnias e religiões. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde

Migrantes e refugiados		<p>PII - Plano para a Integração de Imigrantes</p>	<p>Resolução do Conselho de Ministros nº 63-A/2007, 3 de Maio – Cria o Plano para a Integração de Imigrantes (PII) Decreto Regulamentar nº 84/2007, 5 de Novembro – Regulamenta a lei anterior</p>	<p>MPCM; ME; MCTES; MTSS; MAOT; MOPTC; MNE; MC; MFAP; MJ; MAI; MEID; MADRP; MDN; MS – Colaborar na abertura do mercado de habitação social através das Autarquias; Promover a realização de acções de formação, educação e de comunicação para combater a falta de informação dos imigrantes relativamente aos serviços de saúde, incentivando-os a utilizar o SNS; Promover o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde; Acesso à saúde de cidadãos estrangeiros em situação irregular; Implementar a integração dos hospitais portugueses na Rede Europeia «Hospitais Amigos dos Migrantes»; Plano de Formação para a interculturalidade dos profissionais do SNS; Desenvolver um Programa de Mediação Sócio-Cultural na rede de hospitais e de centros de saúde em territórios com elevada presença de imigrantes; Desenvolver parcerias entre ONG, o SNS e outras entidades para a promoção do acesso dos imigrantes e minorias étnicas à saúde; Divulgar nos Consulados em Portugal dos países de origem e nos Consulados portugueses as condições de acesso à saúde em Portugal; Formação específica de profissionais de sectoreschave; Autarquias ONG's</p>	<p>Oportunidades do PII: O PII enuncia 123 medidas, transversais a 13 Ministérios. Pretende atingir níveis superiores de integração, numa perspectiva sectorial, designadamente nas áreas do Trabalho, Habitação, Saúde e Educação. Foca também a sua atenção nas questões do racismo e discriminação, igualdade de género e cidadania. Foram identificadas representatividades do sector da saúde. As suas actividades focam-se essencialmente na melhoria do acesso dos migrantes aos serviços de saúde, através da sensibilização desta população para a saúde e dos profissionais de saúde para as questões da interculturalidade.</p>
------------------------	--	---	---	---	---

	Estatísticas	Estatística da saúde	Produção de estatística relacionada com a saúde	<p>MPCM (INE) – realiza as análises estatísticas dos dados recolhidos pelo MS; Colabora na difusão das análises realizadas</p> <p>MS (DGS⁵² e INSA⁵³) – recolha de dados relacionados com a saúde, através dos diversos observatórios; Colabora na difusão das análises realizadas</p>	<p>Oportunidades: A informação estatística é hoje uma forma de conhecimento necessária à assunção de uma cidadania plena, imprescindível na tomada das decisões que fazem surgir e progredir as empresas, essencial ao enquadramento das políticas com que se governam as nações. Ao nível da saúde, a informação estatística permite a adopção de medidas e estratégias que visam a melhoria da saúde da população e do sistema de serviços de saúde.</p> <p>Foram identificadas representatividades do sector da saúde. O MS tem a responsabilidade de recolher dados relacionados com a saúde e de os remeter para o INE que se encarrega da análise estatística dos mesmos. Para além disso, existe uma parceria entre estes organismos no que diz respeito à difusão do material analisado.</p>
--	--------------	----------------------	---	--	--

⁵² Direcção-Geral da Saúde

⁵³ Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

Sector MAOT	Categoria	Sub-categoria Actividades	Indicadores de Implementação	Agentes Envolvidos	Comentários
AMBIENTE E ORDENAMENTO DO	Ambiente	Ambiente	Lei nº 11/87, 7 de Abril – Aprova a Lei de Bases do Ambiente	MAOT	A protecção do ambiente e da saúde constitui um dos maiores desafios da sociedade moderna, sendo cada vez mais assumido o compromisso de salvaguarda da equidade entre gerações, assente num modelo de desenvolvimento sustentável. Assim, reconhecendo que o aumento da qualidade de vida e a redução de doenças e mortes passa pela melhoria do ambiente, é fundamental compreender as relações causa-efeito entre os factores ambientais e os efeitos que têm na saúde humana. Não foi identificado o envolvimento do sector da saúde
			Resolução do Conselho de Ministros nº 38/95, 21 de Abril – Aprova o Plano Nacional da Política do Ambiente	MAOT	
		Ambiente e Saúde	Resolução do Conselho de Ministros nº 91/2008, 4 de Junho – Aprova o Plano Nacional de Acção Ambiente e Saúde (PNAAS)	MAOT (APA ⁵⁴) – Co-coordenação MS (DGS) – Co-coordenação MEID; MAI; MADRP; MOPTC; MTSS; ME; MCTES; MC - Parceria	Oportunidades: O PNAAS pretende melhorar a eficácia das políticas de prevenção, controlo e redução de riscos para a saúde com origem em factores ambientais, promovendo a integração do conhecimento e a inovação, contribuindo também, desta forma, para o desenvolvimento económico e social do país. Foram identificadas representatividades do sector da saúde, na medida que é promotor e co-coordenador da iniciativa (juntamente com o MAOT)
		Utilização de lamas de depuração em solos agrícolas	Decreto-lei nº 276/2009, 2 de Outubro – Regime de utilização de lamas de depuração em solos agrícolas	MAOT MADRP	Oportunidades: Evita efeitos nocivos para o homem, para a água, para os solos, para a vegetação e para os animais, promovendo a sua correcta utilização. Não foi identificado o envolvimento do sector da saúde
			Decreto-lei nº 118/2006, 21 de Junho – Transpõem para a ordem jurídica nacional a Directiva 86/278/CEE, do Conselho a 12 de Junho relativa à utilização de lamas e à depuração na agricultura		

⁵⁴ Agência Portuguesa do Ambiente

	Gestão e planeamento em matéria de resíduos	Decreto-Lei nº 178/2006, 5 de Setembro - Regime geral da <u>gestão de resíduos</u>	MAOT	<p>Oportunidades: A gestão de resíduos visa garantir a preservação de recursos naturais e a minimização de impactes negativos sobre a saúde pública e o ambiente. Assim, estas medidas assentam no incentivo à redução de produção de resíduos, à reutilização e reciclagem. A gestão inadequada de óleos alimentares usados tem um impacto negativo para a saúde e para o ambiente. Assim, esta lei estabelece as normas e regras para a reciclagem e a gestão dos mesmos.</p> <p>Foram identificadas representatividades do sector da saúde, nomeadamente, na emissão do seu parecer relativamente à transferência de resíduos hospitalares e no desenvolvimento e implementação do Plano Estratégico de Resíduos Hospitalares.</p>
		Portaria nº 1408/2006, 18 de Dezembro – Aprova o Regulamento de Funcionamento do Sistema Integrado de Registo Electrónico de Resíduos (SIRER)	MAOT	
		Portaria nº 335/1997, 16 de Maio – Relativa ao transporte rodoviário de resíduos	MAOT MAI MOPTC MS	
		Portaria nº 417/2008, 11 de Junho – Relativa ao transporte de resíduos de construção e demolição	MAOT	
		Portaria nº 172/2009 de 17 de Fevereiro - Regulamenta os centros integrados de recolha, valorização e eliminação de resíduos (CIRVER)	MAOT MEID MS	
		Decreto-lei nº 45/2008, 11 de Março – Assegura a execução e garante o cumprimento, na ordem jurídica interna, das obrigações decorrentes para o Estado Português do Regulamento (CE) nº 1013/2006, 14 de Junho, relativo à transferência de resíduos	MAOT MS (DGS) – Emite o seu parecer relativamente à transferência de resíduos hospitalares para o território nacional que resultem especificamente da actividade médica;	
		Portaria nº 187/2007, 12 de Fevereiro, alterada pela Portaria 851/2009, 7 de Agosto - Aprova Plano Estratégico Resíduos Sólidos Urbanos 2007-2016 (PERSU II)	MAOT	
		Despacho nº 3227/2010, 22 de Fevereiro – Aprova o Programa de Prevenção de Resíduos Urbanos para o período 2009-2016	MAOT	
		Plano Estratégico para Resíduos Hospitalares (PERH)	MAOT MS	
		Plano Estratégico para Resíduos Industriais (PESGRI)	MAOT MEID	
	Óleos alimentares usados	Decreto-Lei nº 267/2009, de 29 de Setembro – Estabelece o regime jurídico da gestão de óleos alimentares usados (OAU), produzidos pelos sectores industrial, da hotelaria e restauração (HORECA) e doméstico	MAOT MADRP	<p>Oportunidades: A gestão inadequada de óleos alimentares usados tem um impacto negativo para a saúde e para o ambiente. Assim, esta lei estabelece as normas e regras para a reciclagem e a gestão dos mesmos.</p> <p>Não foram identificadas representatividades do sector da saúde</p>
	Óleos usados	Decreto-lei nº 153/2003, 11 de Julho – Estabelece o regime jurídico a que fica sujeita a gestão de óleos novos e usados	MAOT	Oportunidades: Constituem princípios fundamentais de gestão de óleos usados a

					<p>prevenção da produção, em quantidade e nocividade, destes resíduos e a adopção das melhores técnicas disponíveis nas operações de recolha/transporte, armazenagem, tratamento e valorização, de forma a minimizar os riscos para a saúde pública e para o ambiente. Acresce ainda referir que pela perigosidade do fluxo em questão, tanto para a saúde pública como para o ambiente, é recolhido directamente no produtor de óleo usado.</p> <p>Não foram identificadas representatividades do sector da saúde.</p>
		<p>Embalagens e resíduos de embalagens</p>	<p>Decreto-Lei n° 366-A/97, de 20 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n° 162/2000, de 27 de Julho e pelo Decreto-Lei n° 92/2006, de 25 de Maio, relativos a embalagens e resíduos de embalagens</p> <p>Decreto-Lei n° 407/98, de 21 de Dezembro - Estabelece as regras respeitantes aos requisitos essenciais da composição das embalagens</p> <p>Portaria n° 29-B/98, 15 de Janeiro – Estabelece as regras de funcionamento dos sistemas de consignação aplicáveis às embalagens reutilizáveis e às embalagens não reutilizáveis, bem como as do sistema integrado aplicável apenas às embalagens não reutilizáveis, regras a que devem obedecer os operadores económicos responsáveis pela gestão das embalagens e resíduos de embalagens, nos termos previstos nos artigos 5° e 9° do Decreto-lei n° 366-A/97, 20 de Dezembro</p>	MAOT	<p>Oportunidades: Na gestão das embalagens e resíduos de embalagens são tidas em conta as exigências em matéria de protecção do ambiente e defesa da saúde, segurança e higiene dos consumidores, a protecção da qualidade, autenticidade e características técnicas de mercadorias embaladas e dos materiais utilizados, bem como a protecção dos direitos da propriedade industrial e comercial. A presença de substâncias perigosas nas embalagens e resíduos de embalagens tem efeitos significativos sob o ambiente e a saúde humana. Assim, esta estratégia visa dar ênfase ao limite dos valores de concentração de metais pesados, em especial o chumbo, cádmio, mercúrio e crómio hexavalente presentes nas embalagens ou nos componentes de embalagens, proibindo a comercialização destas quando possuem concentrações superiores aos limites estabelecidos.</p> <p>Não foram identificadas representatividades do sector da saúde.</p>
		<p>Veículos em fim de vida</p>	<p>Decreto-Lei n° 196/2003, de 23 de Agosto, alterado pelo Decreto-Lei n° 64/2008, de 8 de Abril e pelo Decreto-Lei n° 178/2006, de 5 de Setembro - Estabelece um conjunto de normas de gestão que visa a criação de circuitos de recepção de VFV, o seu correcto transporte, armazenamento e tratamento</p>	MAOT	<p>Oportunidades: Os materiais e os componentes dos veículos introduzidos no mercado não contenham chumbo, cádmio, mercúrio e crómio hexavalente, excepto nos casos expressamente admitidos pelo anexo I do presente diploma e que dele faz parte</p>

					integrante, e nas condições aí especificadas. O Decreto-lei regulamenta a gestão adequada do fluxo garantindo, assim, a prevenção de riscos para o ambiente e para a saúde. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde.
		Resíduos de equipamentos eléctricos e electrónicos	Decreto-Lei nº 230/2004, de 10 de Dezembro , alterado pelo Decreto-Lei nº 174/2005, de 25 de Outubro - Regulamenta a gestão de Resíduos de Equipamento Eléctrico e Electrónico (REEE)	MAOT	Oportunidades: Os efeitos sobre o ambiente e a saúde humana decorrentes da presença de substâncias e preparações perigosas nos EEE são grandes. O decreto-lei regulamenta a gestão adequada do fluxo garantindo, assim, a prevenção de riscos para o ambiente e para a saúde. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde.
		Pilhas e acumuladores usados	Decreto-Lei nº 6/2009, de 6 de Janeiro , alterado pelo Decreto-Lei 266/2009, de 29 de Setembro e rectificado pela Declaração de Rectificação nº 18-A, de 6 de Março - Regime de colocação no mercado de <u>pilhas e acumuladores</u> e de recolha, tratamento, reciclagem e eliminação dos resíduos de pilhas e acumuladores	MAOT	Oportunidades: A presença de substâncias perigosas nos resíduos de pilhas e acumuladores têm efeitos significativos sob o ambiente e a saúde humana. Assim esta estratégia visa dar ênfase à redução da quantidade de substâncias perigosas incorporadas nas pilhas e acumuladores, em especial o mercúrio, o cádmio, proibindo a comercialização destes quando têm valores de concentração acima do estabelecido. O Decreto-lei regulamenta a gestão adequada do fluxo garantindo, assim, a prevenção de riscos para o ambiente e a saúde. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
		Pneus usados	Decreto-Lei nº 111/2001, de 6 de Abril , alterado pelo Decreto-Lei nº 43/2004, de 2 de Março - Estabelece os princípios e as normas aplicáveis à gestão de pneus e pneus usados	MAOT	
		Resíduos da construção e demolição	Decreto-Lei nº 46/2008, de 11 de Março - Estabelece o regime das operações de gestão de resíduos de construção e demolição ou Resíduos de Construção e Demolição	MAOT	
		Regime actividade pecuária	Decreto-Lei nº 214/2008, de 10 de Novembro e suas alterações proferidas pelo Decreto-lei nº 316/2009, de 29 de Outubro e pelo Decreto-lei nº 78/2010, de 25 de Junho - Regime do exercício da <u>actividade pecuária</u> (REAP)	MADRP – Coordenador; MAOT; MTSS; MS – Pronunciam-se sobre questões da pretensão do requerente que	Oportunidades: Esta medida garante o respeito pelas normas de bem-estar animal, a defesa hígio-sanitária dos efectivos. Estas normas, por sua vez, têm uma repercussão

				se incluíam no âmbito das respectivas atribuições e competências legalmente previstas, apreciando apenas as questões que lhe estejam expressamente cometidas por lei; Autarquias	na salvaguarda da saúde, na segurança de pessoas e bens, na qualidade do ambiente e no ordenamento do território. Foram identificadas representatividades do sector da saúde. Este pronuncia-se sobre questões que incluíam no âmbito das suas atribuições e competências.
		Regime da actividade industrial	Decreto-Lei nº 209/2008, 29 de Outubro - Regime de exercício da actividade industrial (REAI)	MADRP – Coordenador; MAOT; MAI; MTSS; MS - Pronunciam-se sobre questões da pretensão do requerente que se incluíam no âmbito das respectivas atribuições e competências legalmente previstas, apreciando apenas as questões que lhe estejam expressamente cometidas por lei; Autarquias	Oportunidades: Esta medida previne os riscos e inconvenientes resultantes da exploração dos estabelecimentos industriais. Assim, tem como objectivo salvaguardar a saúde pública no geral e a dos trabalhadores, em particular, a segurança de pessoas e bens e a higiene e segurança dos locais de trabalho. Foram identificadas representatividades do sector da saúde. Este pronuncia-se sobre questões que incluíam no âmbito das suas atribuições e competências.
		Prevenção de acidentes graves com substâncias perigosas	Decreto-Lei nº 254/2007, 12 de Julho - Regime de prevenção de acidentes graves que envolvam substâncias perigosas e a limitação das suas consequências para o homem e o ambiente	MAOT MAI MPCM	Oportunidades: Visa preservar e proteger a qualidade do ambiente e a saúde humana, garantindo a prevenção de acidentes graves que envolvam substâncias perigosas e a limitação das suas consequências através de medidas de acção preventiva. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
			Decreto-lei nº 23/2006, 4 de Outubro – Aprova a Convenção sobre os Efeitos Transfronteiriços de Acidentes Industriais que visa a prevenção, preparação e reacção a acidentes industriais passíveis de causar efeitos transfronteiriços, incluindo a reacção aos efeitos desses acidentes causados por estabelecimentos industriais e a cooperação internacional relativa a assistência mútua, investigação e desenvolvimento, troca de informação e troca de tecnologia na área da prevenção e controlo dos acidentes industriais;	MAOT – Ponto focal; MAI	Oportunidades: Visa a prevenção, preparação e reacção a acidentes industriais passíveis de causar efeitos transfronteiriços; Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
		Compras públicas ecológicas	Resolução do Conselho de Ministros nº 65/2007, 7 de Maio – Aprova a Estratégia Nacional para as Compras Públicas Ecológicas 2008-2010	MAOT – Coordenador; MNE; MFAP; MOPTC; MEID; MCTES – Grupo de trabalho; MPCM; ME; MTSS; MS; MC; MJ; MAI; MADRP;	Oportunidades: Esta estratégia define os critérios ambientais nas compras e aquisições do Estado. Identifica o compromisso do Estado perante o ambiente e a sustentabilidade – exemplo. Foram identificadas representatividades

				MDN – Aplicam esta medida nos seus serviços, especificamente na adopção de equipamento de escritório ecológico;	do sector da saúde, na medida que este sector adquire equipamento de escritório ecológico
		Alterações climáticas	Resolução do Conselho de Ministros nº 104/2006, de 23 de Agosto - Programa Nacional para as Alterações Climáticas (PNAC 2006)	MAOT - Coordenação MEID; MADRP; MCTES; MAI; MOPTC; MPCM; MNE – Grupo de trabalho;	As mudanças climáticas representam uma ameaça para a saúde pública. Oportunidades: O PNAC define um conjunto de políticas e medidas internas que visam a redução de emissões de GEE por parte dos diversos sectores de actividade. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
			Resolução do Conselho de Ministros nº 24/2010, 1 de Abril – Estratégia Nacional de Adaptação às Alterações Climáticas	MAOT - Grupo de coordenação - CECAC ⁵⁵ ; 1 coordenador de cada sector, inclusivamente da saúde; 1 representante das regiões autónomas. MS (DGS) – Responsável pelo grupo de trabalho referente ao estudo das alterações climáticas e seus efeitos na distribuição e prevalência das doenças em Portugal; MADRP; MAI; MFAP; MEID; MNE; ONG's Autarquias	Foram identificadas representatividades do sector da saúde. Este é responsável pelo grupo de trabalho referente ao estudo das alterações climáticas e seus efeitos na distribuição e prevalência das doenças em Portugal;
		Combustíveis	Resolução do Conselho de Ministros nº 21/2008, 5 de Fevereiro - Aprova a estratégia para o cumprimento dos objectivos nacionais de incorporação de biocombustível	MAOT MEID	Oportunidades: A introdução de biocombustíveis e de outros combustíveis renováveis nos transportes rodoviários nacionais, em substituição dos combustíveis fósseis, assume a maior relevância para a redução das emissões de gases de efeito estufa, para a diversificação do consumo de energia primária e para a redução da

⁵⁵ Comité Executivo da Comissão para as Alterações Climáticas;

					dependência energética externa, contribuindo para reforçar a segurança do abastecimento energético e para dar cumprimento aos compromissos assumidos no âmbito da União Europeia decorrentes do Protocolo de Quioto e, em especial, para o cumprimento da Estratégia Nacional para a Energia e do Programa Nacional para as Alterações Climáticas. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
			Despacho nº 21295/2009, 22 de Setembro - Aprova a Estratégia para os Combustíveis Derivados de Resíduos (CDR), para o horizonte temporal de 2009-2020	MEID MAOT	Oportunidades: Esta estratégia é um complemento do Plano Estratégico para os Resíduos Sólidos Urbanos (PERSU II). Prevê medidas de incentivo ao mercado dos combustíveis derivados de resíduos, designadamente, no domínio da optimização da respectiva produção, do reforço dos instrumentos económicos e fiscais, das restrições à deposição em aterro, da agilização administrativa do licenciamento de unidades de produção, e da sensibilização e informação dos potenciais utilizadores, designadamente, da indústria e do sector energético. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
		Ar ambiente	Decreto-lei nº 276/99, 23 de Julho , com nova redacção dada pelo Decreto-lei nº 279/2007, 6 de Agosto – Relativa à avaliação e gestão do ar ambiente	MAOT	Oportunidades: O seu objectivo é alcançar níveis de qualidade do ar que garantam a protecção da saúde humana e do ambiente em geral, através de opções sustentáveis. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
			Plano de Acção da Qualidade do Ar	MAOT	
			Decreto-lei nº 111/2002, de 16 de Abril – Estabelece os valores limite e os limiares de alerta para as concentrações de determinados poluentes no ar ambiente, bem como os métodos e critérios de avaliação das respectivas concentrações e normas sobre informação do público, para os seguintes poluentes: o dióxido de enxofre, o dióxido de azoto e os óxidos de azoto, as partículas em suspensão, o chumbo, o benzeno e o monóxido de carbono	MAOT	
			Decreto-lei nº 320/2003, 20 de Dezembro – Relativa ao ozono no ar ambiente	MAOT	
			Decreto-lei nº 351/2007, de 23 de Outubro – Estabelece valores alvo para as concentrações de arsénio, cádmio, mercúrio, níquel, e	MAOT	

			hidrocarbonetos aromáticos policíclicos no ar ambiente		
			Resolução do Conselho de Ministros nº 103/2007, de 6 de Agosto – Aprova o Programa dos Tectos de Emissão Nacionais	MAOT	
			Resolução do Conselho de Ministros nº 1/2008, de 4 de Janeiro – Aprova o Plano Nacional de Atribuição de Licenças de Emissão - PNALE II	MAOT	Oportunidades: Define o regime para atribuição de licenças de emissão às instalações abrangidas pelo Comércio Europeu de Licenças de Emissão. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
			Despacho nº 17141/2007, de 3 de Agosto – Limita o teor total de compostos orgânicos voláteis (COV) que pode ser utilizado e determinadas tintas e vernizes e em produtos de retoque de veículos	MAOT	
			Decreto-lei nº 7/2002, 25 de Março – Aprova o Protocolo de Quioto à Convenção Quadro das Nações Unidas sobre as alterações climáticas	MAOT MNE	
			Decreto-lei nº 71/2006, 24 de Março – Aprova o Fundo Português do Carbono	MAOT	Oportunidades: Destina-se a financiar medidas que facilitem o cumprimento dos compromissos do Estado Português no âmbito do Protocolo de Quioto. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
			Portaria nº 121/2005, 31 de Janeiro – Fixa as orientações para a monitorização e a comunicação de informação relativas às emissões de gases de efeito de estufa Decisão da Comissão nº 2004/156/CE, 29 de Janeiro; Decisão da Comissão nº 2007/589/CE, 18 de Julho; Decisão da Comissão nº 2009/339/CE, 16 de Abril	MAOT MEID MTSS	
			Decreto-lei nº 233/2004, 14 de Dezembro, na sua actual redacção – Institui o regime de comércio de licenças de emissão de gases com efeito de estufa (CELE)	MAOT	
			Decreto-lei nº 93/2010, 27 de Julho – Institui o regime de comércio de licenças de emissão de gases com efeito de estufa (aplicado ao sector da aviação)	MAOT	
			Resolução do Conselho de Ministros nº 68/2005, 17 de Março – Cria o Sistema Nacional de Inventário de Emissões por Fontes e Remoções por Sumidouros de Poluentes Atmosféricos (SNIERPA)	MAOT	
			Decreto-lei nº 127/2008, 21 de Julho – Cria o Registo de Emissões e Transferências de Poluentes	MAOT	
		Protecção da camada de ozono	Decreto-lei nº 119/2002, 20 de Abril – Relativo às substâncias que empobrecem a camada de ozono	MAOT	
			Decreto-lei nº 152/2005, 31 de Agosto e suas alterações pelo Decreto-lei nº 35/2008, 28 de Fevereiro - Regulamenta as operações	MAOT	

			de recuperação para reciclagem, valorização e destruição de substâncias que empobrecem a camada de ozono contidas em equipamentos de refrigeração e de ar condicionado, bombas de calor, sistemas de protecção contra incêndios e extintores e equipamentos que contenham solventes, bem como as operações de manutenção e de assistência desses mesmos equipamentos, incluindo a detecção de eventuais fugas das referidas substâncias		
			Decreto nº 35/2002, de 5 de Novembro - Emenda de Montreal ao Protocolo de Montreal	MAOT MNE	
			Decreto nº 9/2006, de 23 de Fevereiro - Emenda de Pequim ao Protocolo de Montreal	MAOT MNE	
		Ruído	Decreto-lei nº 9/2007, 17 de Janeiro , rectificado pela Declaração de Rectificação nº 18/2007, de 16 de Março , e alterado pelo Decreto-lei nº 278/2007, de 1 de Agosto - Aprova o Regulamento Geral do Ruído	MAOT	O ruído quando ultrapassa determinados limites, produz surdez e efeitos patológicos no ser humano. A níveis menores, o ruído produz incómodo e dificulta ou impede a atenção, a comunicação, a concentração, o descanso e o sono. A repetição de estas situações pode ocasionar estados crónicos de nervosismo e stress, o que por sua vez leva a transtornos psicofísicos, doenças cardiovasculares e alterações do sistema imunitário. A diminuição do rendimento escolar e profissional, os acidentes de trabalho e de tráfego, certas condutas antisociais e a tendência para o abandono das cidades são algumas das consequências do ruído. Oportunidades: Este regulamento pretende estabelecer o nível máximo de ruído em diferentes actividades: nas que são permanente e temporariamente ruidosas, nas infra-estruturas de transporte e outras fontes de ruído susceptíveis de causar incomodidade e ainda ao ruído de vizinhança. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
			Decreto-lei nº 146/2006, de 31 de Julho , rectificado pela Declaração de Rectificação nº 57/2006, de 31 de Agosto - Relativo à avaliação e gestão do ruído ambiente	MAOT	
		Desenvolvimento sustentável	Resolução de Conselho de Ministros nº 109/2007, de 20 de Agosto - Aprovar a Estratégia Nacional de Desenvolvimento Sustentável — ENDS 2015 (ENDS) e o respectivo Plano de Implementação (PIENDS)	MAOT MTSS	O desenvolvimento sustentável pressupõe a preocupação com a qualidade de vida das populações e com a protecção de recursos vitais, incrementando factores de coesão social e equidade, garantindo o crescimento

					<p>económico com respeito ao ambiente e à população.</p> <p>Oportunidades: Esta estratégia define um conjunto coordenado de acções que visam o crescimento sustentado de Portugal.</p> <p>Não foram identificadas representatividades do sector da saúde</p>
		Energia	<p>Resolução do Conselho de Ministros nº 29/2010, 15 de Abril – Estratégia Nacional para a Energia 2020</p>	<p>MAOT MEID MADRP</p>	<p>A energia constitui um factor estratégico para o aumento da competitividade da economia nacional. Seja através da redução da factura energética, de medidas para a protecção do ambiente, tendo em conta as alterações climáticas, ou através do contributo para a modernização tecnológica dos agentes económicos e das empresas. O desenvolvimento de uma consciência energética e ambiental é essencial para diminuir emissões atmosféricas poluentes.</p> <p>Oportunidades: A ENE tem como fim o alcance da competitividade, o crescimento e a independência energética e financeira do país, através da aposta nas energias renováveis e da promoção integrada da eficiência energética, assegurando a segurança de abastecimento e a sustentabilidade económica e ambiental do modelo energético preconizado, contribuindo para a redução de emissões de CO2.</p> <p>Não foram identificadas representatividades do sector da saúde</p>
		Água e saneamento	<p>Despacho nº 2339/2007, 14 de Fevereiro – Aprova o Plano Estratégico de Abastecimento de Água e Saneamento de Água Residuais 2007-2013 (PEAASAR II)</p>	<p>MAOT</p>	<p>A água é um bem essencial à vida que desempenha um papel crucial no desenvolvimento sócio-económico do nosso País com incidências no ambiente.</p> <p>Oportunidades PEAASAR II: Define medidas de optimização de gestão nas vertentes “alta” e “baixa” e de optimização do desempenho ambiental do sector e clarifica o papel da iniciativa privada, criando espaços de afirmação e consolidação de um tecido empresarial</p>
			<p>Despacho nº 8277/2007, 9 de Maio de 2007 – Aprova a Estratégia Nacional para os efluentes Agro-Pecuários e Agro-Industriais (ENEAPAI)</p>	<p>MAOT MADRP</p>	
			<p>Lei nº 58/2005, 29 de Dezembro, rectificada pela Declaração de Rectificação nº 11-A/2006, de 23 de Fevereiro - Aprova a Lei da Água, estabelecendo as bases e o quadro institucional para a gestão sustentável das águas</p>	<p>MAOT MADRP Existem outros Ministérios intervenientes, contudo não constam na legislação</p>	

			Decreto-lei nº 77/2006, de 30 de Março - Complementa a Lei da Água e estabelece um quadro de acção comunitária no domínio da política da água, em desenvolvimento do regime fixado na Lei n.º 58/2005, de 29 de Dezembro, no que diz respeito a um conjunto de normas comunitárias de natureza essencialmente técnica e de carácter transitório	MAOT	sustentável concorrencial e ajustado à realidade portuguesa. Oportunidades Lei água: Transporta as directrizes europeias nesta matéria. Visa o uso sustentável da água e a redução da poluição das águas, entre outras medidas. Oportunidades PNUEA: Define medidas para o uso eficiente da água, especialmente nos sectores urbanos, agrícola e industriais. Foram identificadas representatividades do sector da saúde. Este sector faz parte da Comissão técnica de acompanhamento do PNA.
			Lei nº 54/2005, 15 de Novembro – Estabelece a Titularidade dos Recursos Hídricos	MAOT	
			Decreto-lei nº 112/2002, 17 de Abril – Aprova o Plano Nacional da Água, previsto na lei da água	MAOT MCTES; MAI; MPCM; MDN; MS; MADRP; MEID; Autarquias Sector privado (Águas de Portugal) – Comissão técnica de acompanhamento do PNA	
			Resolução do Conselho de Ministros nº 113/2005, 30 de Junho - Aprova Programa Nacional para o Uso Eficiente da Água	MAOT MADRP MEID MAI ME MOPTC	
			Decreto nº 20/2006, 4 de Agosto – Aprova o Protocolo Água e Saúde, à Convenção de 1992 relativa à Protecção e Utilização dos Cursos de Água Transfronteiriços e dos Lagos Internacionais	MAOT MS	
		Zona costeira e marítima	Resolução do Conselho de Ministros nº 163/2006, 12 de Dezembro – aprova a Estratégia Nacional para o Mar	MAOT – Coordenador;	
			Plano de Ordenamento do Espaço Marítimo	MAOT	
			Resolução do Conselho de Ministros nº 82/2009, 8 de Setembro - Aprova a Estratégia Nacional para a Gestão Integrada da Zona Costeira	MAOT	
		Produtos químicos	Decreto-Lei nº 293/2009, 13 de Outubro - assegura a execução na ordem jurídica interna das obrigações decorrentes do Regulamento (CE) n.º 1907/2006, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 18 de Dezembro, relativo ao registo, avaliação, autorização e restrição dos produtos químicos (REACH) e que cria a Agência Europeia dos Produtos Químicos.	MAOT MEID MS (DGS) – Compete-lhe avaliar, autorizar e restringir a utilização de produtos químicos de acordo com os riscos que acarretam para a saúde humana.	Foram identificadas representatividades do sector da saúde. Compete-lhe avaliar, autorizar e restringir a utilização de produtos químicos de acordo com os riscos que acarretam para a saúde humana.
			Regulamento (CE) nº 1907/2006 do Parlamento Europeu e do Conselho, 18 de Dezembro de 2006 , relativo ao registo, avaliação, autorização e restrição dos produtos químicos (REACH), que cria a	MAOT	

			Agência Europeia dos Produtos Químicos;		
			Regulamento (CE) n.º 1272/2008 do Parlamento Europeu e do Conselho, 16 de Dezembro de 2008 , relativo à classificação, rotulagem e embalagem de substâncias e misturas, que altera e revoga as Directivas n.º 67/548/CEE e n.º 1999/45/CE, e altera o Regulamento (CE) n.º 1907/2006 (as Autoridades Competentes ainda não estão definidas, o diploma que visa assegurar a execução do Regulamento na ordem jurídica nacional encontra-se em preparação);	MAOT	
			Regulamento (CE) n.º 689/2008 do Parlamento Europeu e do Conselho, 17 de Junho de 2008 , relativo à exportação e importação de produtos químicos perigosos (O diploma nacional, que irá operar, na ordem jurídica interna, a execução e o cumprimento das obrigações do Regulamento, encontra-se em preparação. Os produtos químicos sujeitos ao procedimento estabelecimento estão já sujeitos a medidas de gestão de risco identificadas ao abrigo de outros instrumentos. Destes, apenas no caso dos produtos fitofarmacêuticos, no âmbito da Directiva 91/414/CEE, não está prevista a participação do MS nem do MAOT).	MAOT	
			Decreto-lei n.º 98/2010, 11 de Agosto -estabelece a classificação, embalagem e rotulagem das substâncias perigosas	MAOT	
			Decreto n.º 33/2004, de 29 de Outubro - aprova a Convenção de Roterdão Relativa ao Procedimento de Prévia Informação e Consentimento para Determinados Produtos Químicos e Pesticidas Perigosos no Comércio Internacional, de 11 de Setembro de 1998	MAOT	
		Radiações ionizantes	Decreto-lei n.º 165/2002, 17 de Julho - Estabelece os princípios gerais de protecção bem como as competências e atribuições dos organismos e serviços intervenientes na área da protecção contra radiações ionizantes, resultantes das aplicações pacíficas da energia nuclear, e transpõe as correspondentes disposições da Directiva n.º 96/29/EURATOM	MAOT; MAI; MTSS; MCTES; MEID; MS – Responsável por desenvolver acções genéricas na área da protecção contra radiações e assegurar em todo o território nacional a protecção de pessoas e bens contra os efeitos deletérios da exposição a radiações	Oportunidades: Esta medida visa garantir que quer a população quer os trabalhadores continuem a beneficiar da máxima protecção possível contra os efeitos deletérios da exposição a radiações ionizantes. Foram identificadas representatividades do sector da saúde. Este é responsável por desenvolver acções genéricas na área da protecção contra radiações ionizantes. Por outro lado, é o órgão competente de intervir em todas as situações de emergência radiológica em instalações
			Decreto-lei n.º 174/2002, 25 de Julho - Estabelece as regras aplicáveis à intervenção em caso de emergência radiológica, transpondo para a ordem jurídica interna as disposições do título IX, "Intervenção", da Directiva n.º 96/29/EURATOM	MAI – Coordenador; MAOT MCTES MS – É o órgão competente de intervir em todas as situações de emergência radiológica em instalações, excepto as relativas a actividades mineiras e outras	

				instalações;	
		Conservação da natureza e biodiversidade	Resolução de Conselho de Ministros nº 152/2001, 11 de Outubro, e respectiva Declaração de Rectificação nº 20-AG/2001, 31 de Outubro – Aprova a Estratégia Nacional de Conservação da Natureza e da Biodiversidade (ENCNB)	MAOT MEID MADRP ME	
			Decreto-lei nº 142/2008, 24 de Julho e respectiva Declaração de Rectificação nº 53-A/2008, 22 de Setembro - Estabelece o regime jurídico da conservação da natureza e da biodiversidade	MAOT	
			Decreto-lei nº 171/2009, 3 de Agosto - Cria o Fundo para a Conservação da Natureza e da Biodiversidade	MAOT	
			Planos de ordenamento de áreas protegidas	MAOT	
		Licenciamento ambiental	Decreto-lei nº 173/2008, 26 de Agosto - Estabelece o regime de prevenção e controlo integrados da poluição (PCIP) proveniente de certas actividades e o estabelecimento de medidas destinadas a evitar ou, quando tal não for possível, a reduzir as emissões dessas actividades para o ar, a água ou o solo, a prevenção e controlo do ruído e a produção de resíduos, tendo em vista alcançar um nível elevado de protecção do ambiente no seu todo,	MAOT MS (DGS) – Está representado n Direcção Consultiva do PCIP para assuntos relacionados com o licenciamento de operações de gestão de resíduos hospitalares;	Foram identificadas representatividades do sector da saúde. Este está representado n Direcção Consultiva do PCIP para assuntos relacionados com o licenciamento de operações de gestão de resíduos hospitalares.
		Gestão e auditoria	Decreto-lei nº 142/2002, 20 de Maio - Designa as entidades responsáveis pelo Sistema Português de Ecogestão e Auditoria (EMAS), para assegurar a aplicação na ordem jurídica interna do Regulamento (CE) n.º 761/2001, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 19 de Março	MAOT	Poderá ter implicações no sector da saúde, uma vez que qualquer organização (mesmo unidade de saúde) pode solicitar o seu registo no EMAS
		Avaliação de impacte ambiental	Decreto - lei nº 69/2000, 3 de Maio com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 197/2005, 8 de Novembro e a Declaração de Rectificação nº 2/2006, de 6 de Janeiro - Regime jurídico de Avaliação de Impacte Ambiental (AIA)	MAOT	
			Decreto-lei nº 232/2007, 15 de Junho - Estabelece o regime a que fica sujeita a avaliação dos efeitos de determinados planos e programas no ambiente	MAOT	
		Avaliação ambiental estratégica	Decreto-lei nº 232/2007, 15 de Junho – Regime jurídico da Avaliação Ambiental Estratégica (AAE)	MAOT	
		Responsabilidade ambiental	Decreto-lei nº 147/2008, 29 de Julho - Regime jurídico da responsabilidade por danos ambientais	MAOT	
	Ordenamento do território e de urbanismo	Ordenamento do território e de urbanismo	Lei nº 48/98, 11 de Agosto, alterada pela Lei nº 54/2007, 31 de Agosto – Aprova a Lei de Bases da Política de Ordenamento do Território e de Urbanismo	MAOT	

		Ordenamento do território	Lei nº 58/2007, de 4 de Setembro – Aprova o <u>Programa Nacional de Política de Ordenamento do Território</u> Declarção de rectificação nº 80-A/2007, 7 de Setembro Declarção de rectificação nº 103-A/2007, 2 de Novembro	MAOT (DGOTDU⁵⁶)	Oportunidades: O PNPOT estabelece as grandes opções com relevância para a organização do território nacional, traduzidas num modelo territorial que consubstancia o quadro de referência das políticas de ordenamento e desenvolvimento territorial. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
			Decreto Regulamentar nº 54/2007, de 27 de Abril - Cria o <u>Observatório do Ordenamento do Território e do Urbanismo</u>	MAOT (DGOTDU)	Oportunidades: O observatório é responsável pela recolha e tratamento de informação de carácter estratégico, técnico e científico relevante para a avaliação da política de ordenamento do território e do urbanismo e do sistema de gestão territorial. Constitui uma ferramenta de apoio na definição de políticas de ordenamento do território. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
			Resolução do Conselho de Ministros nº 69/99, 9 de Julho – Aprova o Programa de Acção Nacional de Combate à Desertificação (PANCD)	MADRP – Principal responsável; MAOT MAI MCTES MNE	
			Programa de Valorização Económica de Recursos Endógenos (PROVERE)	MAOT MFAP	Oportunidades: Este programa de financiamento (âmbito do Qren) é um instrumento especificamente destinado aos territórios com menores oportunidades de desenvolvimento por causa da baixa densidade – populacional, institucional, de actividade económica, etc. – pretendendo estimular iniciativas dos agentes económicos orientadas para a melhoria da competitividade territorial de áreas de baixa densidade que visem dar valor económico a recursos endógenos e tendencialmente inimitáveis do território: recursos naturais,

⁵⁶ Direcção-Geral do Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano

					património histórico, saberes tradicionais, etc. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
		Gestão territorial	Decreto-Lei nº 380/99, 22 de Setembro, na sua actual redacção – Estabelece o regime jurídico dos instrumentos de gestão territorial	MAOT	
		Urbanismo e edificação	Plano Estratégico da Habitação e da Reabilitação 2008-2013	MAOT	As áreas urbanas críticas, pela concentração de problemas sociais, pelo desfavorecimento e menor capacitação das suas populações, pela concentração de grupos mais vulneráveis às diferentes formas de discriminação, pelo estigma social que lhes anda associado e pelo bloqueio de oportunidades, constituem o mais urgente desafio em termos de promoção da cidadania e da coesão social e representam um grande risco no que respeita a comportamentos que podem minar a qualidade de vida e a competitividade das principais aglomerações metropolitanas. Acresce que, por essas mesmas razões, estes são os espaços urbanos onde é mais complexa a intervenção, menos duradouros se apresentam os seus resultados e mais necessário se torna encontrar formas inovadoras de intervenção que assegurem um forte envolvimento local e resultem em maior capacitação das populações. Oportunidades: Estas iniciativas desenvolvem a sua intervenção em territórios urbanos que apresentam factores de vulnerabilidade crítica através de intervenções sócio-culturais integradas. Foram identificadas representatividades do sector da saúde. Este sector está representado nos grupos de Trabalho da Iniciativa Operações de Qualificação e Reinserção Urbana de Bairros Críticos.
			Decreto-Lei nº 555/99, 16 de Dezembro – Estabelece o regime jurídico da urbanização e edificação	MAOT	
			Resolução do Conselho de Ministros nº 143/2005, 7 de Setembro – Aprova o lançamento da <u>Iniciativa Operações de Qualificação e Reinserção Urbana de Bairros Críticos</u>	MAOT MAI MTSS ME MC MS – Está representado nos grupos de trabalho; Autarquias Juntas de Freguesia Associações e ONG's	
			Resolução do Conselho de Ministros nº 189/2007, 31 de Dezembro - Prorroga até 31 de Dezembro de 2013 o período de vigência da <u>Iniciativa Operações de Qualificação e Reinserção Urbana de Bairros Críticos</u>	MAOT	

			<p>Resolução do Conselho de Ministros nº 128/2007, 3 de Setembro - Aprova a Iniciativa Porta 65 e os objectivos, os instrumentos de execução e o modelo de organização e funcionamento a que essa Iniciativa deve obedecer</p> <p>Decreto-Lei nº 308/2007, 3 de Setembro - cria e regula o programa de apoio financeiro Porta 65 — Arrendamento por Jovens</p>	<p>MAOT (IRHU⁵⁷) MPCM MFAP Autarquias Entidades públicas, privadas ou do sector cooperativo e associativo</p>	<p>Oportunidades: Estas estratégias visam o apoio no acesso à habitação. Assim, pretendem estimular estilos de vida autónomos por parte dos jovens, reabilitar áreas urbanas degradadas e dinamizarem o mercado de arrendamento. Para os jovens, em início de “carreira”, cujos ordenados são baixos é uma óptima medida, pois ajuda a contenção de despesa.</p> <p>Não foram identificadas representatividades do sector da saúde</p>
			<p>Programa de habitação a custos controlados para Jovens</p>	<p>MAOT</p>	

Sector	Categoria	Sub-categoria	Indicadores de Implementação	Agentes Envolvidos	Comentários
MOPTC		Actividades			
OBRAS PÚBLICAS, TRANSPORTES E COMUNICAÇÕES	Transportes terrestres: rodoviário e ferroviário	Plano estratégico de transportes 2008 - 2020	Plano estratégico de transportes 2008 - 2020	MOPTC MAOT	<p>Oportunidades: O desenvolvimento deste plano constitui um avanço para o planeamento estratégico e desenvolvimento deste sector.</p> <p>Não foram identificadas representatividades do sector da saúde</p>
		GISAF - Gabinete de Investigação de Segurança e de Acidentes Ferroviários	Decreto-Lei nº 395/2007, 31 de Dezembro – Cria o Gabinete de Investigação de Segurança e de Acidentes Ferroviários (GISAF)	MOPTC (GISAF⁵⁸) - Responsável pela iniciativa;	<p>Oportunidades: A existência do GISAF, que tem por tem por missão investigar os acidentes, incidentes e ocorrências relacionadas com a segurança dos transportes ferroviários, visa a identificação das respectivas causas, elabora e divulga os correspondentes relatórios, promove estudos, propõe medidas de prevenção que visem reduzir a sinistralidade ferroviária e assegura a participação em comissões ou actividades, nacionais ou estrangeiras.</p> <p>Não foram identificadas representatividades do sector da saúde</p>
			Decreto-Lei nº 394/2007, 31 de Dezembro - No uso da autorização legislativa concedida pela Lei n.º 44/2007, de 24 de Agosto, transpõe a Directiva 2004/49/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de Abril, relativa à segurança dos caminhos-de-ferro da Comunidade, regulando as competências e metodologias a aplicar pelo Gabinete de Investigação de Segurança e de Acidentes Ferroviários (GISAF), organismo nacional responsável pela investigação de acidentes e incidentes ferroviários. Decreto-Lei n.º 114/2009, de 18 de Maio - Alteração do Decreto-lei anterior.	MOPTC – Responsável pela iniciativa;	

⁵⁷ Instituto de Reabilitação e Habitação Urbana

⁵⁸ Gabinete de Investigação de Segurança e de Acidentes Ferroviários

			Clarifica que o conceito de transporte ferroviário presente no respectivo âmbito de aplicação abrange outros sistemas guiados, para além do caminho-de-ferro pesado		
	Habilitação legal para conduzir	Decreto-Lei n.º 313/2009, 27 de Outubro - Aprova o Regulamento da Habilitação Legal para Conduzir		MOPTC – Responsável pela iniciativa; MADRP MS – Realiza a avaliação médica e psicológica dos cidadãos; fiscaliza os centros de avaliação médica e psicológica	Foram identificadas representatividades do sector da saúde, nomeadamente na realização e avaliação médica e psicológica dos cidadãos e também na fiscalização dos centros de avaliação médica e psicológica
	Formação de motoristas	Lei n.º 55/2008, de 4 de Setembro - Autoriza o Governo a criar um regime jurídico relativo à qualificação inicial e à formação contínua dos motoristas de determinados veículos rodoviários afectos ao transporte de mercadorias e de passageiros, procedendo à transposição para a ordem jurídica interna da Directiva 2003/59/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de Julho		MOPTC (GISAF) – Responsável pela iniciativa;	Oportunidades: A formação contínua dos motoristas constitui uma boa medida para a redução da sinistralidade rodoviária. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
		Decreto-Lei n.º 126/2009, 27 de Maio - No uso da autorização legislativa concedida pela Lei n.º 55/2008, de 4 de Setembro, transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2003/59/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de Julho, relativa à qualificação inicial e à formação contínua dos motoristas de determinados veículos rodoviários afectos ao transporte de mercadorias e de passageiros		MOPTC (GISAF) – Responsável pela iniciativa;	
		Portaria n.º 1200/2009, 8 de Outubro - Estabelece as condições de candidatura a licenciamento por entidades formadoras e de renovação do respectivo alvará e define os recursos necessários para assegurar a qualidade da formação dos motoristas de veículos rodoviários de mercadorias e de passageiros		MOPTC (GISAF) – Responsável pela iniciativa;	
		Deliberação n.º 3256/2009, 7 de Dezembro - Estabelece as condições de homologação, organização e ministração dos cursos de formação de motoristas de determinados veículos afectos ao transporte rodoviário de passageiros e mercadorias		MOPTC (IMTT⁵⁹) – Responsável pela iniciativa;	
		Despacho n.º 26482/2009, 7 de Dezembro - Estabelece o modelo do certificado de aptidão para motorista (CAM) de determinados veículos afectos ao transporte rodoviário de mercadorias e de passageiros, e as condições de realização dos exames		MOPTC (IMTT) – Responsável pela iniciativa;	
		Decreto-Lei n.º 313/2009, 27 de Outubro - Aprova o Regulamento da Habilitação Legal para Conduzir, anexo ao presente decreto-lei, do qual faz parte integrante, e transpõe para a ordem jurídica interna		MOPTC – Responsável pela iniciativa;	

⁵⁹ Instituto da Mobilidade e dos Transportes Terrestres

			a Directiva n.º 2009/112/CE, da Comissão, de 25 de Agosto, que altera a Directiva n.º 91/439/CEE, do Conselho, de 29 de Julho, relativa à carta de condução		
		Tacógrafo digital	<p>Portaria n.º 222/2008, 5 de Março - Redefine o regime de dispensa e isenção de uso de tacógrafos em vários transportes, ao abrigo do Regulamento (CE) n.º 561/2006 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de Março, e revoga a Portaria n.º 1078/92, de 23 de Novembro.</p> <p>Decreto-Lei n.º 169/2009, 31 de Julho - Define o regime contra-ordenacional aplicável ao incumprimento das regras relativas à instalação e uso do tacógrafo estabelecidas no Regulamento (CEE) n.º 3821/85, do Conselho, de 20 de Dezembro, alterado pelo Regulamento (CE) n.º 2135/98, do Conselho, de 24 de Setembro, e pelo Regulamento (CE) n.º 561/2006, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de Março</p>	<p>MOPTC – Responsável pela iniciativa; MTSS</p> <p>MOPTC (IMTT) MTSS (ACT) MAI (GNR e PSP)</p>	Oportunidades: O tacógrafo digital é um equipamento instalado em veículos de transporte rodoviário com o objectivo de indicar, registar e memorizar, dados relativos à condução desses veículos e aos tempos de trabalho e de repouso dos condutores. É uma estratégia de prevenção da sinistralidade rodoviária, pois “obriga” os camionistas (que percorrem, por vezes, milhares de quilómetros) a descansarem. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
		Transporte de mercadorias perigosas	<p>Decreto-Lei n.º 170-A/2007, de 4 de Maio, alterado pelo Decreto-Lei n.º 63-A/2008, de 3 de Abril - Aprova o Regulamento Nacional do Transporte de Mercadorias Perigosas por Estrada (RPE)</p> <p>Decreto-Lei n.º 391-B/2007, de 24 de Dezembro - Regula o transporte ferroviário de mercadorias perigosas, transpondo para as Directivas 2004/89/CE, da Comissão, de 13 de Setembro, e 2004/110/CE da Comissão, de 9 de Dezembro, que adaptam, respectivamente, pelas 5.ª e 6.ª vezes ao progresso técnico a Directiva 96/49/CE, do Conselho, relativa à aproximação das legislações dos Estados membros respeitantes ao transporte ferroviário de mercadorias perigosas (altera o Decreto-Lei n.º 124-A/2004, de 26 de Maio)</p>	<p>MOPTC – Responsável pela iniciativa;</p> <p>MOPTC – Responsável pela iniciativa;</p>	Oportunidades: Estas estratégias definem um conjunto de normas para o transporte de mercadorias perigosas. Previnem acidentes que podem ter um risco acrescido para a saúde da população. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
		Remodelação de linhas rodoviárias e ferroviárias	Remodelação de linhas rodoviárias e ferroviárias	MOPTC – Responsável pela iniciativa;	Oportunidades: A remodelação e pavimentação das estradas podem ajudar a prevenir acidentes rodoviários e ferroviários. Resultam em ganhos para a saúde. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde

	Transportes marítimos	PNMP – Plano Nacional Marítimo Portuário	Despacho nº 6494/2008 – Plano Nacional Marítimo Portuário - PNMP	MOPTC (IPTM⁶⁰) – Responsável pela iniciativa;	
		Tratamento de resíduos	Decreto-Lei nº 57/2009 - Transpõe a Directiva n.º 2007/71/CE, da Comissão, de 13 de Dezembro, que altera o anexo ii da Directiva n.º 2000/59/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 28 de Dezembro, relativa aos meios portuários de recepção de resíduos gerados em navios e resíduos de carga	MOPTC – Responsável pela iniciativa;	Oportunidades: Estabelece medidas que visam o tratamento de resíduos gerados nos barcos. É uma medida de protecção do ambiente e da saúde pública. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
	Comunicação	Redes de Nova Geração	Resolução de Conselho de Ministros nº 120/2008, 30 de Julho – Orientações estratégicas para o desenvolvimento e investimento em <u>Redes de Nova Geração</u>	MOPTC – Responsável pela iniciativa; MS – Colabora na implementação da rede nova geração nos serviços de saúde;	Oportunidades: Esta medida permite, entre muitas outras medidas, a ligação de toda a rede pública de hospitais e de centros de saúde a redes de nova geração até 2009. Neste sentido melhora os sistemas de comunicação e informação do SNS. Foram identificadas representatividades do sector da saúde, uma vez que, a implementação da rede de nova geração é efectuada nos serviços de saúde.
		Comunicações electrónicas e segurança electrónica	Decreto-Lei nº 123/2009, de 21 de Maio - Estabelece o regime aplicável à construção de infra-estruturas aptas ao alojamento de redes de comunicações electrónicas, à instalação de redes de comunicações electrónicas e à construção de infra-estruturas de telecomunicações em loteamentos, urbanizações, conjuntos de edifícios e edifícios	MOPTC – Responsável pela iniciativa;	Oportunidades: Este conjunto de iniciativas estabelecem o conjunto de medidas relativas ao alojamento de redes de alojamento electrónico e à segurança electrónica. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
			Decreto-Lei nº 258/2009, de 25 de Setembro - Estabelece um regime de acesso aberto às infra-estruturas aptas ao alojamento de redes de comunicações electrónicas, detidas ou geridas pelas empresas de comunicações electrónicas e pelas entidades que detenham infra-estruturas aptas ao alojamento de redes de comunicações electrónicas que sejam utilizadas por aquelas, determinando a aplicação a estas entidades do regime previsto no Decreto-Lei n.º 123/2009, de 21 de Maio;	MOPTC – Responsável pela iniciativa;	
			Lei nº 32/2008, de 17 de Julho - Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2006/24/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de Março, relativa à conservação de dados gerados ou tratados no contexto da oferta de serviços de comunicações	MOPTC – Responsável pela iniciativa;	

⁶⁰ Instituto Portuário e dos Transportes Marítimos

			electrónicas publicamente disponíveis ou de redes públicas de comunicações		
			Portaria n° 915/2009, de 18 de Agosto e Portaria n° 469/2009, de 6 de Maio - Condições técnicas e de segurança em que se processa a comunicação electrónica para efeitos da transmissão de dados de tráfego e de localização relativos a pessoas singulares e a pessoas colectivas, bem como dos dados conexos necessários para identificar o assinante ou o utilizador registado	MOPTC – Responsável pela iniciativa;	

Sector	Categoria	Sub-categoria	Indicadores de Implementação	Agentes Envolvidos	Comentários
MNE		Actividades			
NEGÓCIOS ESTRANGEIROS	Cooperação e internacionalização	SOFID	Resolução do Conselho de Ministros n° 8/2006, 23 de Janeiro – Cria o grupo de trabalho com vista à criação da <u>Sociedade Financeira de Desenvolvimento</u> (SOFID)	MNE	
		Uma visão estratégica para a cooperação portuguesa	Resolução da Presidência de Conselho de Ministros n° 196/2005 de 24 de Novembro - Aprova o documento de orientação estratégica da cooperação denominado « <u>Uma visão estratégica para a cooperação portuguesa</u> »	MNE	Documento de Estratégia para a Saúde, em preparação
		Fundo da língua portuguesa	Decreto-Lei n° 248/2008, 31 de Dezembro - Cria o Fundo da Língua Portuguesa, doravante designado por Fundo Portaria n° 133/2009, 2 de Fevereiro - Regulamento de Gestão e Funcionamento do Fundo da Língua Portuguesa	MNE e MFAP - Financiamento MNE (IPAD) – Gestão técnica e funcionamento do fundo	Oportunidades: Promove a língua portuguesa como factor de desenvolvimento e combate à pobreza através da educação, em especial nos países de língua portuguesa. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
		INOV-Mundus	Resolução Conselho de Ministros n° 93/2008, de 5 de Junho – Cria medida específica para a área da cooperação para o desenvolvimento, designada INOV-Mundus; Portaria n° 1103 / 2008 de 2 de Outubro – Estabelece o regime de concessão dos apoios técnicos e financeiros das medidas INOV-JOVEM, INOV Contacto, INOV Vasco da Gama, INOV-ART e INOV Mundus e define as respectivas normas de funcionamento e	MNE (IPAD⁶¹)	Oportunidades: Os apoios técnicos e financeiros concedidos neste programa destina -se a promover a inserção dos jovens licenciados no mercado de trabalho. Desta forma, apoia os jovens no desenvolvimento de um estágio profissional na área da cooperação para o

⁶¹ Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

			acompanhamento (revoga a Portaria n.º 586-A/2005, de 8 de Julho)		desenvolvimento. A eventual realização de uma 3ª fase do Programa está ainda em análise. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
		Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP	Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS/CPLP) 2009-2012	MNE MS MS dos PALOP	Oportunidades: O Plano, estabelecido para os próximos quatro anos, visa melhorar a qualidade dos Sistemas de Saúde dos sete países, aumentar a formação conjunta de recursos humanos especializados e a transferência de tecnologia e conhecimento Assim, vem reforçar a cooperação, entre os países da CPLP, na área da saúde. Foram identificadas representatividades do sector da saúde
		Acordos internacionais	Acordos no <u>domínio da saúde com os PALOP</u> - Legislação década de 70/ 80/ 90 Acordos no <u>domínio da saúde com países europeus</u> – Legislação década de 70/ 80/ 90 e 00 (não engloba os anos em estudo)	MNE MS Ministérios internacionais	Os acordos enquadram os programas e projectos de cooperação e no caso concreto de Moçambique, o IPAD co-financia os custos das Evacuações. Foram identificadas representatividades do sector da saúde

Sector	Categoria	Sub-categoria	Indicadores de Implementação	Agentes Envolvidos	Comentários
MC		Actividades			
CULTURA	Gestão do património	Valorização do património cultural	Decreto-lei nº 447/88, 10 de Dezembro – Gestão de documentos Portaria 707/1995 - Secretaria-geral do Ministério da Saúde; Portaria 247/2000, 8 de Maio – Hospitais e Serviços de Saúde do Ministério da Saúde; Portaria 226/2005 – Instituto Nacional de farmácia e do Medicamento; Portaria 1327/2005 – Direcção-geral dos Cuidados de Saúde Primários e das Administrações Regionais da Saúde; Portaria 331-2009 – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.	MC (DGARQ⁶²) – Regula a avaliação, selecção e preservação de documentos; MS – Produz a documentação;	As artes e as actividades recreativas estimulam o bem-estar físico e mental e contribuem para o bom ambiente cultural e para a saúde dos cidadãos e da sociedade. Neste sentido, o Governo deve apoiar as organizações que desenvolvem estas actividades, pois dão um contributo significativo para a melhoria da saúde mental da população (Institute of Public Health of Ireland, 2005). Oportunidades: As iniciativas de gestão do património são importantes na medida que contribuem para a salvaguarda da identidade cultural portuguesa, incentivando a participação das comunidades na protecção e valorização das suas tradições. As medidas referidas contribuem para a estabilidade emocional dos cidadãos perante a conservação de identidades patrimoniais reflectindo-se no aumento da qualidade no seu dia-a-dia. Foram identificadas representatividades do sector da saúde. Este produz documentos que necessitam de ser arquivados pela DGARQ.
			Decreto-lei 107/2001, 8 de Setembro - Lei de Bases do Património Cultural; e o Decreto-lei nº 309/2009, 23 de Outubro – Pretendem valorizar e proteger o património cultural como instrumento primordial de realização da dignidade da pessoa humana	MC – Responsável pela iniciativa;	
			Decreto-lei nº 138/2009, de 15 de Junho - Cria o <u>Fundo de Salvaguarda do Património Cultural</u>	MC – Responsável pela iniciativa; MFAP	
			Decreto-lei nº 139/2009, de 15 de Junho - Cria o <u>regime de salvaguarda do património cultural imaterial</u>	MC – Responsável pela iniciativa;	
			Decreto-lei nº 140/2009, de 15 de Junho - Facilita a apreciação mais célere, por parte das administrações autárquica e central, dos pedidos dos particulares para <u>obras ou intervenções em bens culturais classificados, ou em vias de classificação, de interesse nacional, de interesse público ou de interesse municipal</u>	MC – Responsável pela iniciativa;	
		Valorização do património imobiliário	Decreto-lei nº 280/2007, 7 de Agosto – Aprovou o regime jurídico do património imobiliário do Estado	MC – Responsável pela iniciativa;	
			Portaria nº 95/2009, 29 de Janeiro – Aprova o Programa de Inventariação 2009-2012 e as respectivas medidas de implementação e controlo	MC – Responsável pela iniciativa;	
			Resolução de Concelho de Ministros nº 162/2008, 24 de Outubro – Programa de Gestão do Património Imobiliário 2009-2012	MC – Responsável pela iniciativa;	
			Decreto-lei nº 24/2009, 21 de Janeiro – Fundo de reabilitação e conservação patrimonial Portaria nº 293/2009, 24 de Março – Regulamentação do Fundo	MC – Responsável pela iniciativa; MFAP – apoio financeiro;	

⁶² Direcção Geral de Arquivos

	Rede bibliotecas	Criação da rede de conhecimento das bibliotecas públicas	Criação da rede de conhecimento das bibliotecas públicas	MC (DGLB ⁶³) – Promotor da iniciativa; Municípios – Parceiros no desenvolvimento da iniciativa; Financiamento – Programa Operacional Sociedade do Conhecimento	Oportunidades: A Rede de Conhecimento disponibiliza recursos e serviços para as bibliotecas, e fomenta, entre estas, o diálogo e a cooperação, contribuindo assim para a consolidação da Rede do Conhecimento. Aumenta o nível educacional do cidadão. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
		Bibliotecas digitais	Bibliotecas digitais	MC – Responsável pela iniciativa;	Oportunidades: Esta iniciativa disponibiliza em formato digital, documentos publicados em linha: teses e dissertações de mestrado e outros documentos com conteúdo parcial e integral. Aumenta o nível educacional do cidadão. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
		Digitalização e disponibilização de conteúdos culturais	Digitalização e disponibilização de conteúdos culturais Desenvolvimento do software MATRIZNET	MC (IMC ⁶⁴) - Responsável pela iniciativa;	Oportunidades: Esta iniciativa visa a digitalização das colecções de referência dos Museus Nacionais para disponibilização pública. Aumenta a educação artística e cultural do cidadão. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
	Cultura para os desfavorecidos	Programa Território Artes/ Oficina Virtual	Portaria n° 105-A/2007, 22 de Janeiro – Aprova o regulamento Programa Território Artes	MC (IA ⁶⁵) – Responsável pela iniciativa;	Oportunidades: Este programa integra acções que procuram corrigir as assimetrias regionais e as desigualdades sociais, através da promoção da descentralização efectiva das actividades culturais. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
		Rede cinema digital	Rede cinema digital	MC (ICAM ⁶⁶) – Responsável pela iniciativa;	Oportunidades: A Rede Cinema Digital consiste num conjunto de salas de cinema ligadas a um sistema central, a partir do

⁶³ Direcção-Geral do Livro e das Bibliotecas

⁶⁴ Instituto dos Museus e da Conservação

⁶⁵ Instituto das Artes

⁶⁶ Instituto do Cinema e do Audiovisual

					qual são disponibilizados obras cinematográficas a exhibir, a qual permitirá levar o cinema a meios menos favorecidos do ponto de vista cultural, permitindo que qualquer sala em qualquer local geográfico adira à mesma. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
Apoios financeiros e estágios profissionais	INOV-ART	Portaria nº 1103 / 2008 de 2 de Outubro – Estabelece o regime de concessão dos apoios técnicos e financeiros das medidas INOV-JOVEM, INOV Contacto, INOV Vasco da Gama, INOV-ART e INOV Mundus e define as respectivas normas de funcionamento e acompanhamento (revoga a Portaria n.º 586-A/2005, de 8 de Julho)	MC (DGA ⁶⁷) – Responsável pela iniciativa; MFAP – Apoio financeiro;	Oportunidades: Possibilita a entrada no mercado de trabalho de jovens licenciados nas áreas artísticas. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde	
	Apoios financeiros	Decreto-lei nº 225/2006, 13 de Novembro - Estabelece o regime de atribuição de apoios financeiros do Estado, através do Ministério da Cultura, a entidades ou pessoas singulares que exercem actividades de carácter profissional de criação ou de programação nas áreas da arquitectura e do <i>design</i> , das artes digitais, das artes plásticas, da dança, da fotografia, da música, do teatro e das áreas transdisciplinares	MC – Financiamentos MC e restantes ministérios – Co-financiamento	Oportunidades: Promove o acesso público às artes, contribuindo para a elevação da qualidade de vida, da cidadania e da qualificação das populações. Descentraliza e dinamiza a oferta cultural, corrigindo as assimetrias regionais, e promove a actividade artística como instrumento de desenvolvimento económico e de qualificação, inclusão e coesão sociais. Promove a internacionalização das artes e dos artistas portugueses, bem como o aprofundamento da cooperação com outros países. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde	
		Decreto regulamentar nº 34/2007, 29 de Setembro – Apoio aos agentes culturais e regionais não profissionais	MC - Responsável pela iniciativa;	Oportunidades: Promove o acesso público à arte, contribuindo para aumentar a qualidade de vida, a cidadania e a qualificação das populações, potenciando a descentralização cultural e a correcção das assimetrias regionais. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde	

⁶⁷ Direcção Geral das Artes

Sector	Categoria	Sub-categoria	Indicadores Implementação	Agentes Envolvidos	Comentários
MFAP		Actividades			
FINANÇAS E ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	Apoios financeiros	Acção social	Decreto-Lei nº 122/2007, 27 de Abril – Aprova o regime de <u>acção social</u> complementar dos trabalhadores da Administração directa e indirecta do Estado	MFAP – Responsável pela iniciativa;	Oportunidades: As presentes medidas definem as condições e formas de apoio a prestar pelos Serviços Sociais da Administração Pública (SSAP) aos seus beneficiários, no âmbito das despesas por estes suportadas, com o início da actividade escolar, de cursos de formação profissional com equivalência ao ensino básico ou secundário bem como de cursos de especialização tecnológica (CET). Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
			Portaria nº 1 486/2008, 19 de Dezembro - Aprova o <u>Regulamento do Subsídio de Estudos</u>	MFAP – Responsável pela iniciativa;	
			Portaria nº 1 488/2008, 19 de Dezembro - Regula a concessão de <u>apoio sócio-económico</u> aos beneficiários em situações socialmente gravosas e urgentes pelos Serviços Sociais da Administração Pública	MFAP – Responsável pela iniciativa;	
		Protecção social dos funcionários públicos	Lei nº 4/2009, 29 de Janeiro - Define a protecção social dos trabalhadores que exercem funções públicas	MFAP MTSS	Oportunidades: Garante que os funcionários públicos tenham uma protecção social. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
	Política fiscal	Imposto especial de consumo	Decreto-lei nº 566/99, 22 de Dezembro – Regulamento do código de imposto especial de consumo	MFAP – Responsável pela iniciativa;	Oportunidades: O imposto especial de consumo actua sobre o álcool, tabaco, produtos petrolíferos, entre outros. De certa forma, o aumento do imposto sobre estes produtos leva à redução do seu consumo e, neste sentido, torna-se uma medida de prevenção ao consumo de substâncias prejudiciais à saúde. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
			Portaria nº 75-A/2006, 18 de Janeiro - Taxas do Imposto sobre os Produtos Petrolíferos e Energéticos (ISP)	MFAP MEID	
		Imposto sobre o álcool e sobre o tabaco	Imposto sobre o álcool e sobre o tabaco	MFAP	

Sector	Categoria	Sub-categoria	Indicadores Implementação	Agentes Envolvidos	Comentários
MJ		Actividades			
JUSTIÇA	Protecção social e legal	Interrupção voluntária da gravidez	Lei nº 16/2007, 17 de Abril - Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez	MJ MS – Realiza a interrupção voluntária da gravidez, através do SNS	Foram identificadas representatividades do sector da saúde, pois é este quem realiza a interrupção voluntária da gravidez, através do SNS.
			Portaria nº 741-A/2007, 21 de Junho - Estabelece as medidas a adoptar nos estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos com vista à realização da interrupção da gravidez	MS	
		Plano de Acção Nacional para o Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional	Despacho Conjunto nº 72/2006, 24 de Janeiro — Cria um grupo de trabalho para o desenvolvimento do Plano de Acção Nacional para o Combate à Propagação de Doenças Infecto-Contagiosas em Meio Prisional	MJ - elabora estratégias e executa medidas que visem a prevenção de doenças infecto-contagiosas em meio prisional; MS – elabora estratégias e executa medidas que visem a prevenção de doenças infecto-contagiosas em meio prisional;	Foram identificadas representatividades do sector da saúde. Este articula-se com o MJ para a elaboração de estratégias e a execução de medidas que visem a prevenção de doenças infecto-contagiosas em meio prisional
			Lei nº 3/2007, 16 de Janeiro – Adota medidas de combate à propagação de doenças infecto-contagiosas em meio prisional	MJ – Responsável por criar um programa informático capaz de monitorizar a execução de todo o processo; ⁶⁸ MS (ARS) – Disponibiliza os serviços de Sistema Nacional de Saúde. Fornece o material clínico e hospitalar, vacinas obrigatórias à população reclusa e aos funcionários dos estabelecimentos;	Foram identificadas representatividades do sector da saúde. Este disponibiliza os serviços de Sistema Nacional de Saúde. Fornece o material clínico e hospitalar, vacinas obrigatórias à população reclusa e aos funcionários dos estabelecimentos;
			Despacho nº 22144/2007, 21 de Setembro – Aprova o regulamento do Programa Específico de Troca de Seringas	MJ MS – Fornece o técnico de saúde para o acompanhamento do preso e os Kits de injeção	Foram identificadas representatividades do sector da saúde, nomeadamente no fornecimento do técnico de saúde para o acompanhamento do preso e os Kits de injeção.
		Estratégia Nacional de Redução dos	Estratégia aprovada em Conselho Interministerial a 26 de Maio de 2010	MJ, MTSS, ME, MEID, MAI, MDN, MCTES, MOPTC MS – Participa na execução de	Foram identificadas representatividades do sector da saúde. Este participa na execução de todas as acções delineadas

⁶⁸ Estes protocolos de parceria são estabelecidos entre cada ARS e a DGSP, atendendo às especificidades de cada estabelecimento prisional e ARS. O exemplo descrito é específico da ARS Algarve e a DGSP

		Problemas Ligados ao Álcool		todas as acções delineadas no plano, através do IDT ⁶⁹ , organismo que se encontra sob tutela do mesmo. Autarquias ONG's	no plano, através do IDT.
		Crianças e jovens em risco	<p>Despacho nº 31292/2008, 5 de Dezembro - Aprovação do documento «<u>Maus tratos em crianças e jovens - Intervenção da saúde</u>», anexo ao presente despacho - «Acção de saúde para crianças e jovens em risco»</p> <p>Portaria nº 965/2009, 25 de Agosto - Estabelece as regras de <u>articulação entre as unidades de saúde e os serviços da segurança social</u> e os instrumentos a utilizar</p> <p>Decreto-Lei nº 281/2009, 6 de Outubro - Cria o <u>Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância</u>, adiante designado por SNIPI</p>	<p>MS (GDS) – Elabora o documento; Detecção de casos e devido encaminhamento para as CPCJ ou Tribunais; MTSS (CPCJ⁷⁰) – Gestão de casos; MJ (Tribunais) - Gestão de casos;</p> <p>MS – Detecção dos casos de perigo e encaminhamento para o Inst. Seg. Social; MTSS (CPCJ) – Gestão dos casos através das CPCJ;</p> <p>MS – Detecção e encaminhamento dos casos; MTSS – Promove a cooperação activa com as IPSS para o acompanhamento da criança; ME – Assegura, através da rede de agrupamentos de escolas referência, a articulação com os serviços de saúde e de segurança social;</p>	<p>Em todas as sociedades sucedem-se actos de violência e as crianças são os seres humanos mais vulneráveis a esta violência. Desde raptos, violações em contextos de conflito armado, violência de rua ou em casa e através dos media, são algumas formas mais comuns de violência. Além disso, sofrem violência na escola, através de castigos corporais, brigas, bullying, assédio moral por parte dos professores e de outros alunos (WHO, 1999). A prevenção da violência juvenil não é apenas um bom investimento para o futuro dos indivíduos, mas é também um pré-requisito para o desenvolvimento e manutenção de uma sociedade saudável.</p> <p>Oportunidades: A elaboração de um documento sobre maus tratos em criança permite aos profissionais identificar situações de violência quando as crianças se deslocam aos serviços de saúde. Por outro lado, possibilita que os profissionais da saúde façam o encaminhamento dos casos onde foi verificado perigo para outros serviços. Estas medidas tem como objectivo defender as condições de desenvolvimento saudável das crianças.</p> <p>Foram identificadas representatividades do sector da saúde. Este elaborou o documento “Maus tratos em crianças e jovens - Intervenção da saúde” que visa facilitar a detecção de casos de perigo. Assim, os profissionais de saúde quando</p>

⁶⁹ Instituto da Droga e da Toxicodpendência

⁷⁰ Comissão de Protecção de Crianças e Jovens

					detectam um caso de perigo fazem o devido encaminhamento para as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens ou os Tribunais.
		Centros educativos	Portaria nº 102/2008, 1 de Fevereiro – Criação da Rede Nacional de Centros Educativos	MJ (DGRS)⁷¹	Oportunidades: Esta medida pretende promover de forma adequada a reinserção social dos jovens, porquanto consubstancia uma melhor e maior eficácia na distribuição quer territorial quer de recursos, que permitam uma resposta mais qualificada em termos educativos e formativos. Esta medida poderá facilitar a entrada no mercado de trabalho. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
			Despacho nº 23038/2009, 20 de Outubro – Enquadramento das ofertas de educação e formação para jovens integrados em Centros Educativos	MJ (DGRS) – MTSS ME	
		Segurança e prevenção do crime	Lei nº 109/2009, 15 de Setembro - Aprova a Lei do Cibercrime, transpondo para a ordem jurídica interna a Decisão Quadro n.º 2005/222/JAI, do Conselho, de 24 de Fevereiro, relativa a ataques contra sistemas de informação, e adapta o direito interno à Convenção sobre Cibercrime do Conselho da Europa	MJ – Responsável pela iniciativa;	Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
	Informação em saúde	Certificados de óbito	Protocolo para a comunicação de dados sobre certificados de óbito	MJ (DGRSN)⁷² – Desenvolve as diligências necessárias para que a informação constante dos certificados de óbito seja comunicada ao MS; MS – Utiliza os dados constantes dos certificados de óbito exclusivamente para efeitos de registo e análise das causas de morte, com vista à caracterização do estado de saúde dos portugueses;	Oportunidades: Os certificados de óbito integram informação sobre as causas de morte as quais são de interesse inquestionável para a caracterização sanitária do país. Assim, este protocolo resulta numa articulação efectiva entre as entidades que possibilitam recolher esta informação. Foram identificadas representatividades do sector da saúde, na medida que é este que faz a análise dos registos de causa de morte e respectiva divulgação dos mesmos.

⁷¹ Direcção-Geral de Reinserção Social

⁷² Direcção-Geral dos Registos e do Notariado

		Perícias médico-legais e forenses	Lei nº 45/2004, 19 de Agosto – Estabelece o regime jurídico das perícias médico-legais e forenses	MJ (INML⁷³) – Realizam as perícias médico-legais no INML; MS – Realizam as perícias médico-legais nos serviços de saúde pública (SNS) quando é necessário (por exemplo, quando não existem profissionais com a formação adequada no INML);	Foram identificadas representatividades do sector da saúde. Este realiza as perícias médico-legais nos estabelecimentos do Sistema Nacional de Saúde quando o INML não tem condições para o fazer, por exemplo, quando são necessários médicos com formações específicas.
Simplificação burocrática	Cartão do cidadão		Lei nº 7/2007- 5 de Fevereiro - Cria o cartão de cidadão e rege a sua emissão e utilização	MJ (DGRN) – Responsável pela iniciativa; MPCM (AMA⁷⁴) - Assegura a supervisão do desenvolvimento do cartão	Oportunidades: O Cartão de cidadão é um documento de identificação visual e presencial mais seguro, que substituirá os diferentes cartões utilizados no relacionamento dos cidadãos com a Administração Pública - Bilhete de identidade civil, Serviço Nacional de Saúde, Segurança Social, Eleitor e Contribuinte. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
			Portaria nº 201/2007, 13 de Fevereiro - Regula, no período que antecede a expansão a todo o território nacional, a localização e as condições de instalação dos serviços de recepção dos pedidos do cartão de cidadão	MPCM MNE MFAP MJ MTSS MS	
			Portaria nº 202/2007, 13 de Fevereiro - Aprova o modelo oficial e exclusivo do cartão de cidadão	MPCM MJ	
	Projecto Citius – Desmaterialização de processos nos tribunais		Portaria n.º 114/2008, de 6 de Fevereiro - processos judiciais passaram a ser tramitados essencialmente de forma electrónica, através do sistema CITIUS.	MJ – Responsável pela iniciativa;	Oportunidades: Facilita o acesso à justiça e simplifica os processos de trabalho nos tribunais através da utilização intensiva das novas tecnologias. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
	Plano de Acção para o Descongestionamento dos Tribunais		Resolução do Conselho de Ministros nº 100/2005, 30 de Maio – Aprova o Plano de Acção para o Descongestionamento dos Tribunais	MJ MEID	Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
			Resolução do Conselho de Ministros nº 172/2007 – Define as medidas para descongestionar os tribunais judiciais Decreto-Lei n.º 385/2007, de 19 de Novembro – Concretização legal das medidas acima definidas	MJ – Responsável pela iniciativa; MEID	

⁷³ Instituto Nacional de Medicina Legal

⁷⁴ Agência para a Modernização Administrativa

Sector	Categoria	Sub-categoria	Indicadores Implementação	Agentes Envolvidos	Comentários
MAI		Actividades			
ADMINISTRAÇÃO INTERNA	Segurança, policiamento e novas tecnologias	PIPP - Programa Integrado de Policiamento de Proximidade Engloba os Programas de Segurança Solidária: - Escola Segura; - Apoio 65-Idosos em Segurança; - Violência Doméstica; - Crianças e Jovens em Risco; - Apoio às Vítimas de Crime; - Comércio Seguro; - Verão Seguro; - Serra Segura; (criados 2002/2003)	Directiva Estratégia nº 10/2006 de 15 de Maio – Cria as Equipas de Proximidade e de Apoio à Vítima (EPAV) e Equipas do Programa Escola Segura (EPES);	MAI – Responsável pelo programa;	Oportunidades: Este Programa fomenta a articulação e colaboração entre as forças policiais e a comunidade, para prevenir e resolver crimes menores e incivildades, causadores de desconforto e do sentimento de insegurança na população. Os agentes policiais exercem as suas funções próximo das populações, que tendem a ser carenciadas (crianças, jovens, idosos, habitantes de bairros problemáticos, etc.). A EPAV é responsável pela prevenção e vigilância em áreas comerciais, vigilância em áreas residenciais maioritariamente habitadas por cidadãos idosos, prevenção da violência doméstica, apoio às vítimas de crime e acompanhamento pós-vitimação, identificação de problemas que possam interferir na situação de segurança dos cidadãos e pela detecção de cifras negras. A EPES é responsável por garantir a segurança e vigilância nas áreas escolares, prevenção da delinquência juvenil, detecção de problemas que possam interferir na situação de segurança dos cidadãos e a detecção de cifras negras no seio das comunidades escolares. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
		Passaporte electrónico português	Resolução do Conselho de Ministros nº 154/2005 - Aprova as opções fundamentais do projecto de emissão do novo passaporte electrónico português (PEP) Decreto -Lei nº 138/2006, de 26 de Julho – Adoptou o novo modelo de passaporte electrónico português (PEP)	MAI – Responsável pela iniciativa; MNE	Oportunidades: O passaporte electrónico proporciona maior segurança aos cidadãos e à comunidade internacional, na medida em que dificulta a falsificação dos passaportes e apresentam uma solução para casos de furto ou roubo dos mesmos. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde

		Projecto RAPID - Reconhecimento Automático de Passageiros Identificados Documentalmente	Despacho nº 26307/2007, 16 de Novembro - Determina que o MAI e o MOPTC cooperarão com vista a assegurar que os sistemas de controlo electrónico da passagem de fronteiras a desenvolver no âmbito do Projecto RAPID, sejam instalados, até 31 de Dezembro de 2007, nos aeroportos internacionais do continente e das Regiões Autónomas	MAI – Responsável pela iniciativa; MOPTC	Oportunidades: O projecto RAPID permite o processo de controlo da passagem dos portadores de passaporte electrónico, com base no reconhecimento de dados biométricos do passageiro (facial) e o cruzamento com os seus dados biográficos. Assim, as portas de controlo do RAPID instaladas nos aeroportos estão dotadas de sistemas de leitura e verificação da veracidade da informação contida no chip do Passaporte Electrónico e mecanismos biométricos para o reconhecimento facial do portador. Se a informação biométrica contida no chip coincidir com a leitura facial do passageiro, a porta de controlo abre-se automaticamente convidando o viajante a seguir o seu percurso. Caso contrário, caberá aos responsáveis do SEF conduzir o processo de controlo do passageiro. Constitui uma medida de segurança nacional. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
		SIGRE - Sistema Integrado de Gestão do Recenseamento Eleitoral	Lei nº 47/2008, 27 de Agosto - Procede à quarta alteração à Lei n.º 13/99, de 22 de Março (estabelece o novo regime jurídico do recenseamento eleitoral) e consagra medidas de simplificação e modernização que asseguram a actualização permanente do recenseamento	MAI – Responsável pela iniciativa;	Oportunidades: O SIGRE possibilita o recenseamento automático de todos os portadores do cartão do cidadão. É um processo de desburocratização e simplificação do processo. Constitui uma medida de promoção da cidadania activa, facilitando os cidadãos de praticar o seu direito de voto. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
		SIVICC - Sistema Integrado de Vigilância, Comando e Controlo	SIVICC - Sistema Integrado de Vigilância, Comando e Controlo	MAI – Responsável pela iniciativa; MOPTC MADRP	A sociedade atravessa mudanças constantes devido aos recentes avanços do domínio da ciência e tecnologia. Estas mudanças exigem que os sistemas de justiça e protecção se adaptem às novas tecnologias, de forma a conseguirem combater a “nova” criminalidade.
		UTIS – Unidade de Tecnologias de Informação e Segurança	Decreto-Lei nº 121/2009, 21 de Maio – Cria a Unidade de Tecnologias de Informação e Segurança	MAI	Oportunidades: O SIVICC é um sistema de radares de vigilância da costa marítima portuguesa que permite a realização de acções de vigilância, policiamento, fiscalização e combate ao crime organizado, por exemplo, o tráfico de

	Engloba as iniciativas: - RNSI – Rede Nacional Segurança Interna; - SIISPA – Sistema Integrado de Informação sobre Perdidos e Achados; - SQE – Sistema de Queixa Electrónica; - SinOa – Sistema de Informação Nacional da Ordem dos Advogados; - Verão Seguro - Chave Directa;	Portaria n° 1513/2007 de 29 de Novembro – Cria o Portal Perdidos e Achados	MAI – Responsável pela iniciativa;	droga, a imigração ilegal, o transporte de mercadorias ilícitas por via marítima. A UTIS tem a missão de assegurar a prestação de serviços partilhados aos serviços centrais de natureza operacional e de suporte do MAI, através: da permanente modernização dos sistemas de informação deste sector; da promoção da interoperabilidade entre as tecnologias de informação e comunicações das estruturas e organismos do MAI; da disponibilização de tecnologia de informação e de comunicações de uso comum ou partilhada; da garantia dos níveis de segurança adequados no acesso, comunicação e armazenamento da informação; e da racionalização na aquisição e no uso dos meios e recursos tecnológicos disponíveis. Estas medidas permitem a boa comunicação entre as diversas forças de protecção e segurança, permitindo a redução da violência e da criminalidade que podem ter impactos prejudiciais na saúde da população. Não forma identificadas representatividades do sector da saúde
	SIGESTE - Sistema Integrado de Gestão e Transporte de Explosivos	Despacho n° 1267/2008, de 23 de Abril – Define os contornos do <u>Sistema de Segurança e Gestão do Transporte de Explosivos</u>	MAI – Responsável pela iniciativa; MEID	Oportunidades: Estes sistemas oferecem condições de segurança no domínio dos transportes de explosivos e na gestão de armas e explosivos. Incluem mecanismos de segurança activos e passivos e recorre a avançadas tecnologias de geolocalização e a sistemas de informação apropriados. Não forma identificadas representatividades do sector da saúde
	SIGAE- Sistema Integrado de Gestão de Armas e Explosivos	SIGAE- Sistema Integrado de Gestão de Armas e Explosivos	MAI – Responsável pela iniciativa; MEID	
	SISI - Sistema Integrado de Segurança Interna	Resolução do Conselho de Ministros n° 45/2007, 1 de Março – Define as opções fundamentais do <u>Sistema Integrado de Segurança Interna</u>	MAI – Responsável pela iniciativa;	Oportunidades: O SISI optimiza e projecta, de forma planeada, as capacidades operacionais dos vários sistemas, entidades, órgãos e serviços cuja actividade é relevante para garantir a ordem, a segurança e a tranquilidade públicas. É um

			Resolução do Conselho de Ministros nº 74/2006, 12 de Junho - Autoriza a realização da despesa com a aquisição dos serviços de concepção, projecto, fornecimento, montagem, construção, gestão e manutenção do SIRESP - Sistema Integrado de Redes de Emergência de Portugal Despacho Conjunto nº 428/2006 – despacho do MAI e MFAP	MAI MFAP	sistema capaz de integrar, por um lado, a acção de prevenção e a resposta necessária e, por outro, enfrentar os riscos resultantes da criminalidade e da nova ameaça do terrorismo internacional, bem como dos riscos naturais, tecnológicos ou de outra natureza que também impendem sobre a sociedade portuguesa. Este Sistema tem a responsabilidade executiva do SIRESP e do 112. O SIRESP é um sistema único de comunicações, baseado numa só infra-estrutura de telecomunicações nacional partilhada pelas diversas forças e serviços de segurança. A centralização do comando e da coordenação assegura uma melhor intercomunicação entre os diferentes organismos, permitindo assim uma resposta imediata das forças de intervenção. O 112 é o número europeu de emergência médica e não médica, como assaltos, incêndios, etc. Este número permite que os meios apropriados de socorro cheguem às pessoas. Foram identificadas representatividades do sector da saúde, nomeadamente na resposta do inem a situações de emergência médica.
			Resolução do Conselho de Ministros nº 164/2007, de 12 de Outubro – Aprova o número de telefone de emergência único europeu - 112	MAI (PSP⁷⁵; GNR⁷⁶) – Faz o atendimento das chamadas nas centrais de emergência. Sempre que o motivo seja saúde, a chamada é encaminhada para os centros de orientação de doentes (CODU) do INEM MS (INEM) – Fornece os meios necessários de resposta a situações de emergência médica;	
		STS - Sistema Táxi Seguro	Lei nº 33/2007, 13 de Agosto - Regula a instalação e utilização de sistemas de videovigilância em táxis	MAI – responsável pelo projecto; Sector privado (empresas de táxis) -	Oportunidades: O STS criou um sistema de alerta georreferenciado, assegurando a ligação directa entre os veículos Táxi e a central de alarme das forças de segurança. É um projecto que visa dissuadir o crime contra os condutores de Táxi e criar condições para uma intervenção pronta e eficaz das forças de segurança em caso de ocorrência criminal. O SAS visa a instalação nos postos de combustíveis de um equipamento que permite, em caso de assalto, alertar a força de segurança mais próxima, que poderá intervir. O Farmácia Segura visa o desenvolvimento de condições de segurança capazes de minimizar os riscos a que se expõem quer os profissionais, quer os utentes dos estabelecimentos farmacêuticos que disponibilizam os seus serviços 24h ao dia
			Despacho n.º 12 226/2006, 01 de Junho - Regula a organização e funcionamento do Sistema Táxi Seguro	MAI	
			Decreto-Lei nº 184/2006, 12 de Setembro - Define os requisitos de homologação dos separadores entre o habitáculo do condutor e o dos passageiros transportados no banco da retaguarda, a instalar em automóveis ligeiros de passageiros de aluguer, designados por táxis, bem como o respectivo regime sancionatório	MAI	
		SAS- Sistema Abastecimento Seguro	SAS- Sistema Abastecimento Seguro	MAI – gestão do projecto Sector privado (postos de abastecimentos) -	
		Farmácia Segura	Farmácia Segura	MAI ANF	

⁷⁵ Polícia de Segurança Pública

⁷⁶ Guarda Nacional Republicana

					em zonas, por vezes, isoladas. Não forma identificadas representatividades do sector da saúde
Protecção ambiental e prevenção de incêndios	Plano Nacional de Defesa da Floresta contra Incêndios	Resolução do Conselho de Ministros nº 65/2006, 23 de Março – Aprova o Plano Nacional de Defesa da Floresta contra Incêndios (PNDFCI)	MAI; MADRP; ME; MJ; MAOT; MCTES; MDN; MS (INEM) – Contribui com o serviço de emergência médica do INEM; Autarquias	Os incêndios florestais constituem uma séria ameaça à floresta portuguesa, que compromete a sustentabilidade económica e social do País. Desta forma, uma intervenção concertada no sentido de disponibilizar sistemas e meios que permitam uma melhor resposta a situações de incêndios é necessária. Oportunidades: O PNDFCI pretende contribuir para a definição de uma estratégia e a articulação equilibrada de um conjunto de acções com vista a fomentar a gestão activa da floresta, criando condições propícias para a redução progressiva dos incêndios florestais. Assenta em três domínios prioritários: prevenção estrutural, vigilância e combate. O SCIE consolida a legislação sobre segurança contra incêndio em edifícios, apresentando um conjunto amplo de exigências técnicas aplicáveis à segurança contra incêndio, no que se refere à concepção geral da arquitectura dos edifícios e recintos a construir ou remodelar, às disposições construtivas, às instalações técnicas e aos sistemas e equipamentos de segurança. O SEPNA tem como missão zelar pela conservação e protecção da natureza e do meio ambiente, bem como, pelo cumprimento da legislação florestal. Por sua vez, o GIPS executa acções de prevenção e de intervenção de primeira linha em todo o território nacional, em situações de emergência de protecção e socorro, designadamente nas ocorrências de incêndios florestais ou de matérias perigosas, catástrofes ou acidentes graves. As EIP garantem a disponibilização de recursos humanos necessários para as intervenções. A EMA dispõe de meios aéreos que permite a prevenção e o combate a incêndios florestais.	
	SCIE - Segurança Contra Incêndios em Edifícios	Decreto-Lei nº 220/2008, de 12 de Novembro - Aprova o regime jurídico de segurança contra incêndios em edifícios	MAI (ANPC⁷⁷) – Responsável pela iniciativa; Municípios -		
		Portaria nº 1532/2008, 29 de Dezembro – Aprova o Regulamento Técnico de Segurança contra Incêndio em Edifícios (SCIE)	MAI (ANPC) – responsável pelo processo;		
	SEPNA - Serviço de Protecção da Natureza e do Ambiente e GIPS - Grupo de Intervenção de Protecção e Socorro	Decreto-Lei nº 22/2006, 02 Fevereiro – Consolida institucionalmente o Serviço de Protecção da Natureza e do Ambiente (SEPNA) e cria o Grupo de Intervenção de Protecção e Socorro (GIPS) no âmbito orgânico da Guarda Nacional Republicana	MAI MADRP MAOT		
	EIP - Equipas de Intervenção Permanente	Portaria nº 1358/2007, 15 de Outubro - Cria as Equipas de Intervenção Permanente	MAI - Responsável pela iniciativa;		
	EMA - Empresa de Meios Aéreos	Decreto-Lei nº 109/2007, 13 de Abril – Cria a Empresa de Meios Aéreos	MAI		
	Sistema Nacional de Defesa da Floresta contra Incêndios	Decreto-Lei nº 124/2006, 28 de Junho - Estabelece as medidas e acções a desenvolver no âmbito do Sistema Nacional de Defesa da Floresta contra Incêndios	MAI MADRP		

⁷⁷ Autoridade Nacional de Protecção Civil

					<p>Também disponibiliza meios aéreos para diversas missões, tais como a vigilância de fronteiras, a recuperação de sinistrados, a segurança rodoviária e o apoio às forças e serviços de segurança, protecção e socorro.</p> <p>Foi identificada a representatividade do sector da saúde, na medida que contribui com o serviço de emergência médica do INEM para o Plano Nacional de Defesa da Floresta contra Incêndios</p>
Protecção Civil	Protecção civil	Lei nº 27/2006, 3 de Julho – Lei de Bases da Protecção Civil	MAI (CNPC) ⁷⁸ -	<p>Oportunidades: A protecção civil é uma acção importante para a saúde das populações, pois previne riscos colectivos inerentes a situações de acidente ou catástrofe, atenuar os seus efeitos e protege e socorre as pessoas e bens em perigo. O SIOPS assegura que todos os agentes de protecção civil actuem, no plano operacional, articuladamente sob um comando único.</p> <p>Não forma identificadas representatividades do sector da saúde</p>	
		Lei nº 65/2007, 12 de Novembro - Enquadramento institucional e operacional da protecção civil no âmbito municipal, organização dos serviços municipais de protecção civil e competências do comandante operacional municipal	MAI		
	SIOPS - Sistema Integrado de Operações de Protecção e Socorro	Decreto-Lei nº 134/2006, de 25 de Julho - Regulamentação do Sistema Integrado de Operações de Protecção e Socorro	MAI		
	Prevenção de acidentes graves com substâncias perigosas	Decreto-Lei nº254/2007, 12 de Julho - Estabelece o regime de prevenção de acidentes graves que envolvam substâncias perigosas e a limitação das suas consequências para o homem e o ambiente, transpondo para o direito interno a Directiva nº2003/105/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de Dezembro, que altera a Directiva nº96/82/CE, do Conselho, de 9 de Dezembro, relativa ao controlo dos perigos associados a acidentes graves que envolvam substâncias perigosas, com as alterações introduzidas pelo Regulamento (CE) nº1882/2003, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de Setembro	MAI		
	Transporte de doentes	Portaria nº 402/2007, 10 de Abril - Altera o Regulamento do Transporte de Doentes, aprovado pela Portaria n.º 1147/2001, de 28 de Setembro Contrato para a prestação de serviços de transporte a doentes entre o Ministério da Saúde e a Liga de Bombeiros Portugueses	MS – Responsável por definir as condições técnicas de viaturas e equipamentos adequados para a prestação do serviço; definir científica, técnica e pedagogicamente a formação adequada dos tripulantes; colaborar		<p>Foram identificadas representatividades do sector da saúde. Este sector é responsável por avaliar as condições técnicas e equipamentos das viaturas que transportam os doentes e também define a formação que os tripulantes devem ter. Para além disso, financia tal serviço.</p>

⁷⁸ Comissão Nacional de Protecção Civil

				<p>tecnicamente no planeamento e desenvolvimento das actividades de transporte efectuado pelos bombeiros; Avaliação, versando a qualificação técnica, o desempenho e o cumprimento dos requisitos legais com implicação clínica dos serviços prestados pela Liga de Bombeiros; Financia o serviço;</p> <p>MAI (LBP⁷⁹) – Respeitar e defender os interesses legítimos dos corpos de bombeiros; propor ao MS as alterações adequadas a uma melhor prestação do serviço de transporte de doentes;</p>	
			<p>Despacho nº 19965/2008, 17 de Julho - Procede à actualização do pagamento da prestação de serviços prestados pelas associações de bombeiros e outras entidades no transporte de doentes</p>	<p>MS – financia o transporte de doentes realizado pelos bombeiros ou outras entidades;</p>	
			<p>Despacho nº 29394/2008, 5 de Novembro - Tabela de preços associada ao transporte de doentes - actualização do valor da taxa de saída</p>	<p>MS</p>	
			<p>Despacho nº 22631/2009, 14 de Outubro - Determina os preços a praticar ao abrigo no n.º 4 da cláusula vii do acordo para o transporte não urgente de doentes em ambulâncias celebrado com a Liga dos Bombeiros</p>	<p>MS</p>	

⁷⁹ Liga de Bombeiros Portugueses

Segurança Rodoviária	Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária 2008-2015	Resolução do Conselho de Ministros nº 54/2009 – Aprova a Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária 2008-2015	MAI (ANSR ⁸⁰) – Responsável pela estratégia (coordenação); ISCTE – Assessoria científica; ME; MPCM; MJ; MOPTC; MAOT; MFAP; MTSS; MDN; MEID; MCTES - Execução do programa; MS – Colabora na execução do objectivo estratégico 8 (Programa de fiscalização de álcool, substâncias psicotrópicas, velocidade, dispositivos segurança e distâncias de segurança) e 13 (Programa integrado de melhoria de assistência às vítimas);	Foram identificadas representatividades do ministério da saúde, na execução do objectivo estratégico 8 (Programa de fiscalização de álcool, substâncias psicotrópicas, velocidade, dispositivos segurança e distâncias de segurança) e 13 (Programa integrado de melhoria de assistência às vítimas).
	ANSR - Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária	Decreto-Lei nº 77/2007, 29 de Março – Cria a Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária abreviadamente designada por ANSR	MAI – Responsável pela iniciativa;	Oportunidades: Permite que a coordenação estratégica do combate à sinistralidade fique concentrada numa entidade. Este organismo é exclusivo para a concepção e supervisão da implementação das medidas de sensibilização, prevenção, fiscalização e dissuasão dos comportamentos que motivam em larga medida os acidentes rodoviários. Não foram identificadas representatividades da saúde
		Portaria nº 340/2007, 30 de Março - Estabelece a estrutura nuclear e as competências dos serviços que integram a ANSR	MAI	
		Portaria nº 1456/2007 de 14 de Novembro - Regulamenta a forma como são atribuídas as contribuições financeiras a entidades públicas e privadas sem fins lucrativos pela ANSR, destinadas à promoção e apoio de iniciativas que fomentem uma cultura de segurança rodoviária e as boas práticas de condução	MAI	
	Revisão do código da estrada	Lei nº 17/2008, 17 de Abril - Autoriza o Governo a alterar o <u>Código da Estrada</u> , aprovado pelo Decreto -Lei n.º 114/94, de 3 de Maio	MAI (ANSR)	Não foram identificadas representatividades da saúde
	Rede nacional de radares	Lei nº 51/2006, 29 de Agosto - Regula a instalação e utilização de sistemas de vigilância electrónica rodoviária e a criação e utilização de sistemas de informação de acidentes e incidentes pela EP— Estradas de Portugal, E. P. E., e pelas concessionárias rodoviárias	MAI – Responsável pela iniciativa;	Oportunidades: A utilização de radares de controlo de velocidade, constitui uma boa estratégia de redução de velocidade, Não foram identificadas representatividades da saúde
		Decreto-lei nº 207/2005, 29 de Novembro - Regula os	MAI – Responsável pela	

⁸⁰ Autoridade Nacional para a Segurança Rodoviária

			procedimentos previstos no artigo 23.º da Lei n.º 39-A/2005, de 29 de Julho, quanto à instalação de sistemas de vigilância rodoviária e ao tratamento da informação	iniciativa;	
Fiscalização da condução sob influência do álcool	Lei nº 18/2007, de 17 de Maio - Aprova o Regulamento de Fiscalização da Condução sob Influência do Álcool ou de Substâncias Psicotrópicas	MAI – Responsável pela iniciativa;	Foram identificadas representatividades do sector da saúde. Este elaborou o guia de orientação de indícios, onde está indicado as possíveis reacções no ser humano de determinadas substâncias. Também, quando necessário, a vítima acompanhada pelos agentes da autoridade podem recorrer aos serviços de saúde para a realização de testes ao sangue, no sentido de apurar o consumo ou não de tais substâncias.		
	Portaria nº 902-A/2007 de 13 de Agosto – Aprovada a tabela de taxas a cobrar no âmbito da fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas	MAI MJ MS			
	Despacho normativo nº 35/2007 – Aprova o guia orientador de indícios de influência por substâncias psicotrópicas	MS – Elaboração do guia;			
	Portaria nº 902-B/2007, 13 de Agosto - Fixa os requisitos a que devem obedecer os analisadores quantitativos, o modo como se deve proceder à recolha, acondicionamento e expedição das amostras biológicas destinadas às análises laboratoriais, os procedimentos a aplicar na realização das referidas análises e os tipos de exames médicos a efectuar para detecção dos estados de influenciado por álcool ou por substâncias psicotrópicas. Revoga a Portaria nº 1006/98, de 30 de Novembro	MAI MJ MS			
	Despacho nº 20 692/2007, 10 de Setembro - Aprovação dos equipamentos a utilizar nos testes de rastreio na saliva Despacho nº 29524/2008, 17 de Novembro - Aprovação de equipamento a utilizar nos testes de rastreio na saliva Despacho nº 21240/2008, 13 de Agosto - Aprovação dos equipamentos a utilizar nos testes de rastreio na saliva Despacho nº 4192/2008, 18 de Fevereiro - Aprovação do modelo da bolsa a utilizar no transporte de amostras biológicas de sangue, no âmbito da fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópica	MAI (ANSR)			
Cintos de segurança	Decreto-lei nº 190/2006, 25 de Setembro - Transposição da Directiva nº 2005/40/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro, alterando o Regulamento de Homologação dos Cintos de Segurança e dos Sistemas de Retenção dos Automóveis, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 225/2001, de 11 de Agosto	MAI – Responsável pela iniciativa;	Oportunidades: O uso de cintos de segurança e de sistemas de retenção pode contribuir para a redução drástica do número de vítimas e da gravidade dos ferimentos em caso de acidente, inclusive devido a capotagem, constituindo a sua instalação em todas as categorias de veículos um importante passo para o aumento da segurança rodoviária e a consequente salvação de vidas, proporcionando um benefício substancial para a sociedade. Não foram identificadas representatividades da saúde		
	Decreto-Lei nº 342/2007, 15 de Outubro - Transposição da Directiva n.º 2005/41/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro, e aprova o Regulamento Relativo às Fixações dos Cintos de Segurança dos Automóveis, cujo texto consta do anexo ao presente decreto -lei e dele faz parte integrante	MAI – Responsável pela iniciativa;			
Outras medidas de	Decreto-Lei nº 336/2007, 11 de Outubro – Transposição da	MAI	Oportunidades: O estabelecimento de normas		

		segurança rodoviária	Directiva n.º 2005/39/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro, e aprova o Regulamento Referente aos Bancos, à Sua Fixação e aos Apoios de Cabeça dos Automóveis, cujo texto consta do anexo ao presente decreto -lei e dele faz parte integrante		para a fixação dos bancos dos carros e apoio à cabeça são importantes para minimizar os Não foram identificadas representatividades da saúde
			Despacho n.º 26348/2006, 29 de Dezembro – Colete retrorreflector e raqueta de sinalização a utilizar pelo vigilante sempre que acompanhe crianças no atravessamento da via pública	MAI	

Sector	Categoria	Sub-categoria	Indicadores Implementação	Agentes Envolvidos	Comentários
MEID		Actividades			
ECONOMIA, INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO	Apoio às PME	Programa Quadro INOFIN	Programa Quadro INOFIN	MEID MFAP	Oportunidades: O principal objectivo destes programas (INOFIN, INOVPreenda e Sistema de Incentivos) é o de proporcionar às empresas uma efectiva vantagem no acesso ao financiamento, contribuindo para a qualidade e sustentabilidade dos projectos empresariais. Numa época de crise como a que enfrentamos o apoio às empresas para que não entrem em falência, por um lado, e o apoio à criação do próprio emprego, por outro, constituem medidas importantes para a economia e desenvolvimento do país. O QREN é um financiamento estratégico que visa a qualificação dos portugueses, valorizando o conhecimento, a ciência, a tecnologia e a inovação, bem como a promoção de níveis elevados e sustentados de desenvolvimento económico e sócio-cultural e de qualificação territorial. Desta forma, pretende financiar as organizações para que desenvolvam estratégias sustentáveis de desenvolvimento do país. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
		Engloba: - Programa FINICIA - Programa FINCRESCCE - Programa FINTRANS			
		INOVPreenda	INOVPreenda - Iniciativa-Quadro para o Empreendedorismo	MEID MFAP	
		Sistema de incentivos Engloba: - Incentivos à Investigação e Desenvolvimento Tecnológico - Sistema de Incentivos à Inovação - Sistema de Incentivos à Qualificação e Internacionalização de PME	Decreto-lei n.º 287/2007, 17 de Agosto – Cria o enquadramento nacional de sistemas de incentivos ao investimento nas empresas	MEID	
			Portaria n.º 1462/2007, 15 de Novembro – Aprova o Sistema de Incentivos à Investigação e Desenvolvimento Tecnológico (SI I&DT) e sua regulamentação Portaria n.º 353-B/2009, 03 de Abril – Altera a portaria anterior	MAOT MEID	
			Portaria n.º 1464/2007, 15 de Novembro – Aprova o Regulamento do Sistema de Incentivos à Inovação (SI Inovação) e sua regulamentação Portaria n.º 353-C/2009, 03 de Abril - Altera a portaria anterior	MEID	
			Portaria n.º 1463/2007, 15 de Novembro - Aprova o Regulamento do Sistema de Incentivos à Qualificação e Internacionalização de PME (SI Qualificação de PME) e sua regulamentação Portaria n.º 353-A/2009, 03 de Abril - Altera a portaria anterior	MEID	

		QREN – Quadro de Referência Estratégico Nacional	Resolução do Conselho de Ministros nº 86/2007, de 3 de Julho – Aprova o Quadro de Referência Estratégico Nacional	MEID MFAP MAOT	
	Apoio a estágios profissionais	Inov-Contacto e Inov-Vasco da Gama	Portaria nº 1103 / 2008 de 2 de Outubro – Estabelece o regime de concessão dos apoios técnicos e financeiros das medidas INOV-JOVEM, INOV Contacto, INOV Vasco da Gama, INOV-ART e INOV Mundus e define as respectivas normas de funcionamento e acompanhamento (revoga a Portaria n.º 586-A/2005, de 8 de Julho)	MEID (AICEP⁸¹) MFAP	Oportunidades: Os apoios técnicos e financeiros concedidos nestes programas destinam-se a promover a qualificação e a inserção de jovens qualificados, nas PME instaladas em Portugal, em empresas e organizações internacionais em áreas chave do conhecimento. Desta forma, apoiam os jovens na obtenção de experiência profissional e inserção no mercado de trabalho que trará, posteriormente benefícios à economia e desenvolvimento de PT Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
	Defesa do consumidor	Livro de reclamações	Decreto-lei nº 156/2005, de 15 de Setembro - Estabelece a obrigatoriedade de existência e disponibilização do livro de reclamações a um conjunto amplo de actividade do comércio e serviços Decreto-Lei nº 371/2007, de 6 de Novembro – Altera o decreto-lei anterior Decreto-Lei nº 118/2009, 19 de Maio – Cria a Rede telemática de informação comum	MEID (DGC⁸²) - Responsável pelo acompanhamento da aplicação do diploma, e sua execução; MS - As instituições deste sector são obrigadas a apresentar este livro aquando da sua requisição; MEID (DGC) –	A defesa dos Direitos dos Consumidores é uma tarefa importante na sociedade actual. Factores como os constantes apelos ao consumo, a crescente complexidade do mercado, a agressividade dos novos métodos de venda e de algumas formas de publicidade, conduzem a situações de desigualdade entre o consumidor e as empresas. Desta forma, o Estado deve intervir e proteger a parte mais lesada – o consumidor (MEI – site institucional) Oportunidades: O livro de reclamações é uma ferramenta importante de avaliação e conhecimento do mercado. A disponibilidade do mesmo possibilita ao cidadão exercer o direito de queixa relativamente ao serviço disponibilizado. Desta forma, constitui uma ferramenta de exercício da cidadania e, também, de melhoria dos serviços prestados.

⁸¹ Agência para o Investimento e Comércio Externo de Portugal

⁸² Direcção -Geral do Consumidor

					Foram identificadas representatividades do sector da saúde, na medida em que as instituições deste sector são obrigadas a apresentar este livro aquando da sua requisição.
	ASAE	Decreto-Lei nº 237/2005, 30 de Dezembro - Cria a Autoridade de Segurança Alimentar e Económica e extingue a Inspeção-Geral das Actividades Económicas, a Agência Portuguesa de Segurança Alimentar, I. P., e a Direcção-Geral de Fiscalização e Controlo da Qualidade Alimentar; revogado pelo Decreto-lei nº 274/2007, 30 Julho	MEID (ASAE) – Responsável pela iniciativa;	Oportunidades: A política de defesa dos consumidores, considera indispensável a segurança de produtos e serviços de consumo, com particular relevo para os problemas da alimentação e da saúde pública. Nesse sentido é indispensável uma actuação ao nível da avaliação e comunicação dos riscos na cadeia alimentar, procurando restringir a ocorrência de danos sociais nas áreas da saúde, economia e defesa dos consumidores, de forma a assegurar a defesa da saúde pública (abate clandestino) e os crimes contra a economia (fraude sobre mercadoria, contra a genuinidade, qualidade ou composição dos géneros alimentícios e alimentos para animais, especulação). Não foram identificadas representatividades do sector da saúde	
	Produtos alimentares	Lei nº 75/2009, 12 de Agosto - Estabelece normas com vista à redução do teor de sal no pão bem como informação na rotulagem de alimentos embalados destinados ao consumo humano	MEID (ASAE)	O consumo excessivo de sal aumenta os riscos de hipertensão e doença cardiovascular. Segundo a OMS Portugal é dos países da Europa com maior ingestão de sal, 11.9 gramas por dia. Oportunidades: Esta medida visa a redução do teor de sal no pão e impõe a obrigatoriedade de rotulagem nos alimentos embalados. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde	
	Bebidas alcoólicas	Decreto-lei nº 9/2002, 24 de Janeiro - Estabelece restrições à venda e consumo de bebidas alcoólicas e altera os Decretos-leis nºs 122/79, de 8/5, 252/86, de 25 de Agosto, 168/97, de 4 de Julho, e 370/99, de 18 de Setembro	MEID (DGAC) MFAP – Assume o mesmo papel que o MS; MS – Regula a disponibilização	O consumo excessivo de bebidas alcoólicas tem graves consequências para a saúde da população. Constata-se que em Portugal o consumo de bebidas alcoólicas é	

				<p>e o consumo de bebidas alcoólicas no local de trabalho, refeitórios, bares, cafetarias e locais similares dos serviços e organismos da administração central e local; MAOT - Assume o mesmo papel que o MS;</p>	<p>inadequado ou excessivo, algo que se verifica em todo o planeta. Sabe-se que a delimitação de uma idade mínima legal para a aquisição de bebidas alcoólicas, quer a limitação do tempo passado em locais onde é vendido ou servido álcool, quer a existência de medidas que limitam ou impedem o acesso físico ao álcool contribuem para a diminuição deste consumo.</p> <p>Oportunidades: Esta medida visa precisamente limitar o acesso ao álcool, de forma a reduzir o consumo do mesmo.</p> <p>Foram identificadas representatividades do sector da saúde. Este regula a disponibilização e o consumo de bebidas alcoólicas no local de trabalho, refeitórios, bares, cafetarias e locais similares dos serviços e organismos da administração central e local;</p>
			<p>Portaria nº 1186/2009, 7 de Outubro - Compete à ASAE assegurar a verificação das aguardentes preparadas com base em destilados de produtos víquicos, sem direito a denominação de origem ou indicação geográfica</p>	<p>MADRP MEID (ASAE) – Responsável pela iniciativa;</p>	
		Cessação tabagica	<p>Lei nº 37/2007, 14 de Agosto - Aprova normas para a protecção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo</p>	<p>MS (DGS) – Comunica a Comissão Europeia a lista de laboratórios que realizam a medição dos teores de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono; Sempre que achar conveniente a DGS pode pedir aos produtores/ fabricantes de tabaco para realizarem testes a fim de avaliar o teor de substâncias produzidas pelos seus produtos do tabaco; Assegura que a informação relativa às substâncias químicas incorporadas no tabaco chega aos consumidores; Assegura o acompanhamento estatístico e epidemiológico do consumo de tabaco em Portugal; MEID (ASAE e DGS) MFAP</p>	<p>O consumo de tabaco é um factor de risco importante para diversas doenças, em especial as do aparelho respiratório e cardiovascular e alguns tipos de neoplasias. A OMS estima que o consumo de tabaco tenha sido responsável por 100 milhões de mortes a nível global no século 20, prevendo que este número atinja 1 bilião no século 21. De acordo com os resultados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, 20,9% da população residente em Portugal era fumadora. Neste sentido torna-se urgente a implementação de medidas que reduzam o consumo e a exposição ao tabaco.</p> <p>Oportunidades: Esta medida visa a prevenção do tabagismo, em particular no que se refere à protecção da exposição involuntária ao fumo do tabaco, à regulamentação da composição dos produtos do tabaco, à regulamentação das informações a prestar sobre estes produtos, à embalagem e etiquetagem, à</p>

					<p>sensibilização e educação para a saúde, à proibição da publicidade a favor do tabaco, promoção e patrocínio, às medidas de redução da procura relacionados com a dependência e a cessação do consumo, à venda a menores e através de meios automáticos, de modo a contribuir para a diminuição dos riscos e efeitos negativos que o uso do tabaco acarreta para a saúde dos indivíduos.</p> <p>Foram identificadas representatividades do sector da saúde. Este colabora no cumprimento da lei, nomeadamente no controlo das substâncias químicas no tabaco. Assegura que a informação relativa às substâncias químicas incorporadas no tabaco chega aos consumidores e realiza o acompanhamento estatístico e epidemiológico do consumo de tabaco em Portugal;</p>
		Segurança dos produtos	Decreto-lei nº 69/2005, 17 de Março – Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva nº 2001/95/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 3 de Dezembro, relativa à segurança geral dos produtos	<p>MPCM MFAP MEID MAI MS (INFARMED⁸³) – Remete à Comissão Europeia que determinado produto apresenta riscos para a saúde e segurança dos consumidores, quando se trata de notificações relativas a produtos cosméticos; O MS está representado na Comissão de Segurança de Serviços e Bens de Consumo</p>	<p>A segurança dos produtos e serviços colocados no mercado constitui elemento fundamental de garantia do respeito pelos direitos dos consumidores consagrados na Constituição e na lei, com especial destaque para o direito à protecção da saúde e da sua segurança física.</p> <p>Oportunidades: Esta medida estabelece uma clara definição das obrigações dos produtores e dos distribuidores em matéria de segurança geral dos produtos, aprofundando a sua responsabilização, nomeadamente pela inclusão da obrigação de retirada do mercado e de recolha de produtos perigosos junto dos consumidores. Por outro lado, visa assegurar maior transparência através da instituição da obrigação, que incumbe aos produtores e</p>

⁸³ Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento

					<p>distribuidores, de informar as autoridades e colaborar com elas se os produtos forem perigosos.</p> <p>Foram identificadas representatividades do sector da saúde. Este informa a Comissão Europeia que determinado produto apresenta riscos para a saúde e segurança dos consumidores, quando se trata de notificações relativas a produtos cosméticos. O MS está também representado na Comissão de Segurança de Serviços e Bens de Consumo.</p>
		Segurança dos brinquedos	Decreto-lei n.º 237/1992, 27 de Outubro – Disciplina o regime de segurança dos brinquedos	MEID (ASAE)	<p>As crianças são particularmente vulneráveis aos riscos resultantes do uso de brinquedos. Este facto requer uma legislação que proíba a comercialização de brinquedos perigosos e procure minimizar os riscos resultantes da sua manipulação (informação retirada legislação).</p> <p>Oportunidades: O presente diploma estabelece um conjunto de exigências que visa garantir a protecção da saúde e segurança dos consumidores infantis.</p> <p>Não foram encontradas representatividades do sector da saúde.</p>
		Pirotecnia	Decreto-lei n.º 34/2010, 15 de Abril – Procede à definição das regras que permitem a livre circulação de artigos de pirotecnia e estabelece os requisitos essenciais de segurança que esses artigos devem satisfazer tendo em vista a sua colocação no mercado, transpondo para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2007/23/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de Maio	MEID (ASAE)	<p>Oportunidades: Este diploma tem em vista a defesa dos consumidores e a prevenção de acidentes. Assim, fixa os requisitos essenciais de segurança para os artigos de pirotecnia, limitando a aquisição, utilização ou comércio de certas categorias de fogos-de-artifício, por razões de ordem pública ou segurança pública e tendo em consideração a existência de costumes e tradições culturais relevantes.</p> <p>Não foram encontradas representatividades do sector da saúde.</p>
		Equipamento eléctrico de baixa tensão	Decreto-lei n.º 6/2008, 10 de Janeiro - Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2006/95/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 12 de Dezembro, relativa à harmonização das legislações dos Estados membros no domínio do material eléctrico destinado a ser utilizado dentro de certos limites de tensão, e revoga o Decreto-Lei n.º 117/88 de 12 de Abril	MEID (ASAE) MAI (PSP)	<p>Oportunidades: Transpõem para Portugal normas de segurança relativas ao equipamento eléctrico destinado a ser utilizado dentro de certos limites de tensão.</p> <p>Não foram encontradas representatividades do sector da saúde.</p>

		Substâncias e preparações perigosas	Decreto-lei nº 10/2007, 18 de Janeiro - Transpõe as Directivas n.ºs 2005-59/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 26 de Outubro, 2005-69/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de Novembro, 2005-84/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de Dezembro, e 2005-90/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 18 de Janeiro de 2006, que alteram a Directiva n.º 76/769/CEE, do Conselho, de 27 de Julho, no que respeita à <u>limitação da colocação no mercado e da utilização de algumas substâncias e preparações perigosas</u> .	MEID (ASAE)	Oportunidades: Transpõem para Portugal normas de segurança para a utilização de substâncias perigosas para o ambiente e saúde da população. Neste sentido, constituem-se como estratégias que têm um impacto positivo na saúde. Não foram encontradas representatividades do sector da saúde
			Decreto-lei nº 243/2007, 21 de Junho - Transpõe as Directivas n.os 2006/122/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 12 de Dezembro, e 2006/139/CE, da Comissão, de 20 de Dezembro, que alteram a Directiva n.º 76/769/CEE, do Conselho, de 27 de Julho, no que <u>respeita à limitação da colocação no mercado e da utilização de algumas substâncias e preparações perigosas</u>	MEID (ASAE)	
			Despacho nº 27707/2007, 10 de Dezembro - Implementação do Regulamento REACH	MEID (ASAE) MAOT	
			Decreto-lei nº 63/2008, 2 de Abril - Procede à 1.ª alteração ao Decreto-Lei n.º 82/2003, de 23 de Abril, que aprova o <u>Regulamento para a Classificação, Embalagem, Rotulagem e Fichas de Dados de Segurança de Preparações Perigosas</u> , transpondo para a ordem jurídica interna as Directivas n.os 2004/66/CE, do Conselho, de 26 de Abril, 2006/8/CE, da Comissão, de 23 de Janeiro, e 2006/96/CE, do Conselho, de 20 de Novembro	MEID (ASAE)	
			Decreto-lei nº 76/2008, 28 de Abril - Procede à décima quarta alteração ao Decreto-Lei n.º 264/98, de 19 de Agosto, transpondo para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2007/51/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 25 de Setembro, relativa à <u>limitação da colocação no mercado de certos instrumentos de medição que contêm mercúrio</u>	MEID (ASAE)	
			Decreto-lei nº 167/2009, 31 de Julho - <u>Proíbe a colocação e a disponibilização no mercado de produtos que contenham o biocida fumarato de dimetilo (DMF)</u> , dando cumprimento à Decisão n.º 2009/251/CE, de 17 de Março, da Comissão Europeia	MEID (ASAE)	
			Decreto-lei nº 98/2010, 11 de Agosto - Estabelece o regime a que obedecem a classificação, embalagem e rotulagem das substâncias perigosas para a saúde humana ou para o ambiente, com vista à sua colocação no mercado, transpõe parcialmente a Directiva n.º 2008/112/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de Dezembro, e transpõe a Directiva n.º 2006/121/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 18 de Dezembro	MEID (ASAE)	

		Ponteiros a laser	Decreto-lei nº 163/2002, 11 de Julho – Estabelece as condições relativas à importação e à colocação no mercado a que devem obedecer os ponteiros laser	MEID	Os ponteiros a laser podem causar danos na saúde da população, especificamente lesões oculares graves. Oportunidades: Esta medida estabelece as condições relativas à importação e à colocação no mercado a que devem obedecer os ponteiros laser. Não foram encontradas representatividades do sector da saúde
		Créditos	Decreto-lei nº 222/2009, 11 de Setembro - Estabelece medidas de protecção do consumidor na celebração de contratos de seguro de vida associados ao crédito à habitação. Altera o Decreto-Lei n.º 349/98 de 11 de Novembro	MEID (IC⁸⁴)	Oportunidades: Estas medidas apoiam o consumidor na obtenção de informação sobre os encargos e riscos do crédito, para além de ajudar na gestão orçamental familiar. Assim, actuam na área da prevenção, aconselhando os consumidores em questões de crédito, como seja a negociação de empréstimo, a revisão de um spread, a taxa de juro, entre outros aspectos. O seu principal objectivo é evitar o sobreendividamento. Não foram encontradas representatividades do sector da saúde.
			Decreto-lei nº 133/2009, 2 de Junho – Introdz alterações substanciais ao enquadramento legal para a concessão de crédito ao consumo	MTSS (IC)	
		GOEC – Gabinete de Orientação ao Endividamento dos Consumidores	Gabinete de Orientação ao Endividamento dos Consumidores	Parceria público-privada: MEID (IC) – ISEG⁸⁵ -	
		Gabinete de apoio ao sobreendividamento	Gabinete de Apoio ao Sobreendividamento	MTSS (IC)	
			Portaria nº 312/2009, 30 de Março - Regulamenta o regime aplicável ao reconhecimento dos sistemas de apoio a situações de sobreendividamento, destinados a aconselhar, informar e acompanhar qualquer pessoa em situação de sobreendividamento na elaboração de um plano de pagamentos, através de procedimentos de negociação, conciliatórios ou de mediação, adiante designado por reconhecimento.	MEID	
		Segurança nos espaços de jogo e recreio	Decreto-lei nº 119/2009, 19 de Maio - Aprova o regulamento que estabelece as condições de segurança a observar na localização, implantação, concepção e organização funcional dos espaços de jogo e recreio, respectivo equipamento e superfícies de impacte. Altera o Decreto-Lei n.º 379/97, de 27 de Dezembro	MEID	Oportunidades: Esta medida previne acidentes que podem resultar em incapacidade e mortalidade dos cidadãos (ex: das mortes verificadas em crianças devido as balizas dos campos de futebol). Não foram encontradas representatividades do sector da saúde
		Protecção às práticas desleais	Decreto-lei nº 57/2008, 26 de Março - Estabelece o regime aplicável às práticas comerciais desleais das empresas nas relações	MEID	Oportunidades: Esta medida previne o consumidor de práticas desleais das

⁸⁴ Instituto do Consumidor

⁸⁵ Instituto Superior de Economia e Gestão

		das empresas em relação ao consumidor	com os consumidores, ocorridas antes, durante ou após uma transacção comercial relativa a um bem ou serviço, transpondo para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2005/29/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 11 de Maio, relativa às práticas comerciais desleais das empresas nas relações com os consumidores no mercado interno		empresas. Não foram encontradas representatividades do sector da saúde
		Protecção dos desfavorecidos	Lei nº 33/2008, 22 de Julho - Estabelece medidas de promoção da acessibilidade à informação sobre determinados bens de venda ao público para pessoas com deficiências e incapacidades visuais	MEID	Oportunidades: Garante o acesso à informação, pelas pessoas com deficiências e incapacidades visuais, das características dos produtos disponibilizados nos estabelecimentos de comércio. Não foram encontradas representatividades do sector da saúde
Turismo	Plano Estratégico Nacional de Turismo	Resolução do Conselho de Ministros nº 53/2007 - Aprova os objectivos e principais linhas de desenvolvimento do <u>Plano Estratégico Nacional de Turismo</u>	MEID (ITP⁸⁶)	Oportunidades: O turismo é um sector estratégico prioritário para a economia, e para a valorização do património cultural e natural de Portugal. Contribui também para a melhoria da qualidade de vida dos Portugueses e para a promoção da coesão territorial e identidade nacional. O turismo da saúde e bem-estar é uma aposta cada vez maior dos cidadãos e o plano estratégico do turismo contempla esta vertente. Constitui uma óptima oportunidade de parceria com o ministério da Saúde. Não foram encontradas representatividades do sector da saúde	
		Decreto-Lei nº 191/2009, 17 de Agosto - Estabelece as bases das políticas públicas de turismo, enquanto sector estratégico da economia nacional, e define os instrumentos para a respectiva execução	MEID		
	Formação em turismo	Portaria nº 1441/2008, 11 de Dezembro - Define a estrutura e a organização interna das Escolas de Hotelaria e Turismo, enquanto serviços territorialmente desconcentrados do Turismo de Portugal, I. P., adiante designadas por Escolas	MEID (ITP)		
	PIT - Programa de Intervenção do Turismo	Despacho normativo nº 20/2007, 14 de Maio - Aprova o Programa de Intervenção do Turismo 2007 e 2009 e a sua regulamentação	MEID		
		Despacho Normativo nº 9/2008, 13 de Fevereiro - Linha de Apoio II do PIT (Eventos de Projectão Internacional) - Dotação orçamental para 2008 e limite mínimo dos incentivos	MEID		
	Inspecção dos jogos	Decreto-Lei nº 184/88, 25 de Maio – Lei orgânica da Inspecção-geral dos jogos; Revogado pelo Decreto-Lei n.º 141/2007, de 27 de Abril - Aprova a orgânica do Turismo de Portugal, I. P.	MEID		
Energia	Estratégia Nacional para a Energia	Resolução do Conselho de Ministros nº 29/2010 - Aprova a Estratégia Nacional para a Energia 2020 (ENE 2020) que consta do anexo à presente resolução e dela faz parte integrante	MEID	O sector da energia é estratégico para o aumento da competitividade da economia nacional, seja através da redução da factura energética, seja através de medidas para a protecção do ambiente, tendo em conta as alterações climáticas, seja através do	

⁸⁶ Instituto de Turismo de Portugal

					<p>contributo para a modernização tecnológica dos agentes económicos e das empresas. O desenvolvimento de uma consciência energética e ambiental é essencial para diminuir emissões atmosféricas poluentes.</p> <p>Oportunidades: A Estratégia define as grandes linhas de orientação política e medidas para a área da energia. Focamos o aumento do investimento nas energias renováveis como potencial para a redução da poluição. Estas trazem vantagens para a saúde e bem-estar da população.</p> <p>Não foram encontradas representatividades do sector da saúde</p>
--	--	--	--	--	---

Sector	Categoria	Sub-categoria	Indicadores Implementação	Agentes Envolvidos	Comentários
MADRP		Actividades			
AGRICULTURA, DESENVOLVIMENTO REGIONAL E PISCAS	Produtos Alimentares	Segurança alimentar	Decreto-lei nº 28/1984, 20 de Janeiro – Relativo aos crimes contra a economia e contra a saúde pública	MJ MS MAFA ⁸⁷ MCT ⁸⁸ MQV ⁸⁹	As práticas agrícolas têm profundas implicações na saúde da população. Os métodos de produção agrícola podem afectar negativamente a qualidade do solo, ar e água, contribuindo também para a perda de biodiversidade e mudanças climáticas. Estes métodos podem resultar numa série de riscos para os trabalhadores, comunidades locais e consumidores, devido em parte à contaminação de alimentos (site da Johns Hopkins Bloomberg School). Neste sentido, é necessário a definição de políticas agrícolas e normas alimentares que tenham em conta a saúde das populações. Sabe-se que certos alimentos produzem substâncias nocivas para a saúde pública do consumidor. Assim, toma-se urgente proibir
			Decreto-lei nº 189/2005, 4 de Novembro - Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2005/5/CE, da Comissão, de 26 de Janeiro, que altera a Directiva n.º 2002/26/CE, da Comissão, de 13 de Março, que fixa os métodos de colheita de amostras e os métodos de análise para o controlo oficial dos teores de ocratoxina A nos géneros alimentícios, e altera o Decreto-Lei n.º 72-J/2003, de 14 de Abril.	MADRP	
			Decreto-lei nº 188/2005, 4 de Novembro -Altera o anexo do Decreto-Lei n.º 290/2003, de 15 de Novembro, que transpõe para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2001/111/CE, do Conselho, de 20 de Dezembro, relativa a determinados açúcares destinados à alimentação humana	MADRP	

⁸⁷ Ministério da Agricultura, Florestas e Alimentação

⁸⁸ Ministério do Comércio e do Turismo

⁸⁹ Ministério da Qualidade de Vida

			Decreto-lei nº 187/2005, 4 de Novembro - Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2005/4/CE, da Comissão, de 19 de Janeiro, que altera a Directiva n.º 2001/22/CE relativamente aos métodos de colheita de amostras e de análise para o controlo oficial dos teores de chumbo, cádmio e 3-MPCD presentes nos géneros alimentícios, e altera o Decreto-Lei n.º 269/2002, de 27 de Novembro	MADRP	a autorização e introdução de certas substâncias no mercado. Oportunidades: Estas medidas transpõem para Portugal normas para o controlo de certas substâncias nos géneros alimentícios. Foram identificadas representatividades do sector da saúde
			Decreto-lei nº 186/2005, 4 de Novembro -Transpõe para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2005/10/CE, da Comissão, de 4 de Fevereiro, que estabelece os métodos de amostragem e de análise para o controlo oficial do teor de benzo(a)pireno nos géneros alimentícios.	MADRP	
			Decreto-lei nº 196/2005, 7 de Novembro - Transpõe para a ordem jurídica nacional a Directiva nº 96/22/CE, do Conselho, de 29 de Abril, relativa à proibição de utilização de certas substâncias com efeitos hormonais ou tireostáticos e de substâncias beta-agonistas em produção animal, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Directiva nº 2003/74/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 22 de Setembro.	MADRP	
			Decreto-lei nº 195/2005, 7 de Novembro - Transpõe para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2005/26/CE, da Comissão, de 21 de Março, e aprova uma lista de ingredientes e substâncias alimentares provisoriamente excluídos do anexo III do Decreto-Lei n.º 560/99, de 18 de Dezembro	MADRP	
			Decreto-lei nº 113/2006, 12 de Junho , alterado pelo Decreto-lei nº 223/2008 – Visa assegurar e garantir o cumprimento, no ordenamento jurídico, nacional, das obrigações decorrentes dos Regulamentos (CE) nº 852/2004 e nº 853/2004, ambos do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de Abril, relativos à higiene dos géneros alimentícios e às regras específicas de higiene aplicáveis aos géneros alimentícios de origem animal	MADRP	
			Decreto-lei nº 62/2008 , alterado pelo Decreto-lei nº 29/2009 - Relativo aos materiais e objectos de matéria plástica destinados a entrar em contacto com os géneros alimentícios	MADRP	
			Portaria nº 24/2005, 11 de Janeiro – Define as regras relativas ao modo de apresentação do azeite posto à disposição do consumidor final como tempero de prato, nos estabelecimentos de hotelaria, restauração e de restauração e bebidas	MEID MADRP MS MAOT	
			Decreto-lei nº 240/1994, 22 de Setembro e Portaria nº 1135/95 – Regras de utilização de óleos e gorduras alimentares utilizados na preparação e fabrico de alimentos fritos	MADRP	

			Decreto-lei nº 337/2007, 11 de Outubro - Altera o Decreto-Lei n.º 51/2004, de 10 de Março, transpondo parcialmente para a ordem jurídica interna as Directivas n.ºs 2007/11/CE, da Comissão, de 21 de Fevereiro, 2007/27/CE, da Comissão, de 15 de Maio, e 2007/28/CE, da Comissão, de 25 de Maio, que alteram a Directiva n.º 86/363/CE, do Conselho, de 24 de Julho, que fixa os teores máximos de resíduos de determinados pesticidas à superfície e no interior dos cereais, dos géneros alimentícios de origem animal e de determinados produtos de origem vegetal, na parte relativa aos géneros alimentícios de origem animal	MADRP	
		Organismos geneticamente modificados	Decreto-lei nº 160/2005, de 21 de Setembro – Regula o cultivo de variedades geneticamente modificadas, visando assegurar a sua coexistência com culturas convencionais e com o modo de produção biológico.	MADRP	Não foram encontradas representatividades do sector da saúde
		Sal alimentar	Portaria nº 72/2008, 23 de Janeiro - Define as normas técnicas, as características e as condições a observar na produção, valorização e comercialização do sal alimentar	MADRP MEID	A produção de sal alimentar, em Portugal, tem um interesse socioeconómico, ambiental e cultural. Com efeito, a actividade proporciona o aproveitamento de recursos naturais e, por vezes, a utilização directa de energias renováveis, constituindo um factor de desenvolvimento sustentável das zonas onde ocorre, um meio eficaz de protecção e de defesa da orla litoral e dos <i>habitats</i> de flora e fauna nas áreas de implantação das unidades produtivas, gerador de emprego qualificado e, ao mesmo tempo, salvaguarda do património histórico-cultural do nosso país (informação retirada legislação) Oportunidades: Esta portaria define as normas técnicas, as características e as condições a observar na produção, valorização e comercialização do sal alimentar. Não foram encontradas representatividades do sector da saúde
		Rotulagem	Decreto-lei nº 560/99, 18 de Dezembro e suas alterações – Relativo à rotulagem geral dos géneros alimentícios	MADRP	Oportunidades: Estabelece as regras a que deve obedecer a rotulagem dos géneros alimentícios destinados a serem fornecidos directamente ao consumidor final, bem como os aspectos relacionados com a sua
			Decreto-lei nº 167/2004, 7 de Julho , alterado pelo Decreto-lei nº 54/2010, 28 de Maio – Relativo à rotulagem nutricional dos géneros alimentícios	MADRP MEID (ASAE)	

			Portaria nº 1296/2008, 11 de Novembro - Altera a Portaria n.º 703/96, de 6 de Dezembro, que define as regras relativas às respectivas denominações, definições, acondicionamento e rotulagem das bebidas refrigerantes	MADRP MEID MS MAOT	apresentação e respectiva publicidade. Foram encontradas representatividades do sector da saúde, contudo não é evidente qual o papel deste sector na implementação desta medida.
			Decreto-lei nº 365/2007, 2 de Novembro - Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2006/142/CE, da Comissão, de 22 de Dezembro, com redacção dada por rectificação publicada no Jornal Oficial da União Europeia, n.º L 3, de 6 de Janeiro de 2007, que altera o anexo III-A da Directiva n.º 2000/13/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, que estabeleceu a lista dos ingredientes que devem ser mencionados, em todas as situações, na rotulagem dos géneros alimentícios, alterando pela sexta vez o Decreto-Lei n.º 560/99, de 18 de Dezembro, relativo à rotulagem, apresentação e publicidade dos géneros alimentícios destinados ao consumidor final	MADRP	
	Produtos agrícolas e ambiente	Produtos fitofarmacêuticos	Decreto-lei nº 173/2005, 21 de Outubro - Regula as actividades de distribuição, venda, prestação de serviços de aplicação de produtos fitofarmacêuticos e a sua aplicação pelos utilizadores finais	MADRP MEID (ASAE)	Oportunidades: Esta medida define medidas disciplinadoras às actividades comerciais de distribuição, venda e aplicação dos produtos fitofarmacêuticos, tendo como objectivo a redução do risco e dos impactes na saúde humana e no ambiente. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde.
			Decreto-lei nº 39/2009, 10 de Fevereiro - Assegura a execução e garante o cumprimento, na ordem jurídica interna, das obrigações decorrentes do Regulamento (CE) n.º 396/2005, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de Fevereiro, relativo aos limites máximos de resíduos de pesticidas no interior e à superfície dos géneros alimentícios e dos alimentos para animais, de origem vegetal ou animal		
		Biocidas	Decreto-lei nº 121/2002, 3 de Maio - Estabelece o regime jurídico da colocação no mercado dos produtos biocidas, transpondo a Directiva n.º 98/8/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de Fevereiro	MADRP	Os produtos biocidas compreendem uma vasta gama de substâncias activas e preparações que constituem uma arma eficaz no combate aos organismos nocivos, actuando ao nível dos produtos e dos processos com nítido benefício para a protecção da saúde humana e animal e para a salvaguarda do ambiente. Todavia alguns deles comportam um risco potencial, pelo que se aconselha a tomada de medidas específicas de avaliação e controlo da colocação no mercado destes produtos e da sua utilização. Oportunidades: Esta medida institui um processo de autorização nacional de colocação no mercado dos produtos biocidas e impõe condições de utilização, o qual, aos que apresentam baixo risco, é

					<p>simplificado e substituído por um processo de registo, e estabelece a participação num sistema de reconhecimento mútuo destes produtos cuja colocação haja sido já autorizada no território de qualquer outro Estado-Membro.</p> <p>Não foram identificadas representatividades do sector da saúde</p>
		Estratégia Nacional para as Florestas	Resolução do Conselho de Ministros nº 114/2006, 15 de Setembro – Aprova a Estratégia Nacional para as Florestas	MADRP – Coordenador; MAOT MAI MFAP MPCM MCTES Sector privado Organizações associativas e ONG's Sector comercial	<p>Oportunidades: Esta estratégia incidirá sobre os espaços florestais valorizando o seu potencial junto da sociedade de modo a maximizar o seu valor. Essa valorização pode ser efectuada de forma global considerando os valores de uso directo (comercial, recreativo, pastoral, etc) ou indirecto (recursos hídricos, sequestro de carbono, protecção da paisagem e biodiversidade).</p> <p>Não foram identificadas representatividades do sector da saúde</p>
		Efluentes agro-pecuários e agro-industriais	Despacho Conjunto 1098/2005, 28 de Dezembro - Cria um grupo de trabalho interministerial para a elaboração do projecto ENEAPAI Despacho nº 23 205/2007, 9 de Outubro – Aprova a Estratégia Nacional para os Efluentes Agro-Pecuários e Agro- Industriais - ENEAPAI	MADRP MAOT	<p>Não foram encontradas representatividades do sector da saúde</p>
	Política sanitária de produção	Política sanitária de produção	Decreto-lei nº 163/2005, 22 de Setembro - Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2002/99/CE (EURLex), do Conselho, de 16 de Dezembro, que estabelece as regras de polícia sanitária aplicáveis à produção, transformação, distribuição e introdução de produtos de origem animal destinados ao consumo humano.	MADRP	<p>Não foram encontradas representatividades do sector da saúde</p>
	Política sanitária de produção	Veterinária	Decreto-lei nº 175/2005, 25 de Outubro - Estabelece o regime jurídico da receita médico-veterinária e da requisição médico-veterinária normalizadas, da vinheta médico-veterinária normalizada e do livro de registo de medicamentos utilizados em animais de exploração	MADRP	<p>Oportunidades: Em consequência da utilização indevida ou inadequada de medicamentos veterinários podem surgir resíduos de medicamentos potencialmente nocivos nos alimentos de origem animal, pelo que é necessário assegurar o controlo da sua utilização, de forma que sejam salvaguardadas a segurança alimentar e a</p>

					saúde pública e melhorada a informação ao consumidor e a sua protecção. Não foram encontradas representatividades do sector da saúde
			Despacho conjunto n.º 430/2006 - Taxas de vacinação anti-rábica a que se refere o n.º 2 do artigo 10º do Programa Nacional de Luta e Vigilância Epidemiológica da Raiva Animal e Outras Zoonoses, publicado em anexo à Portaria n.º 81/2002, de 24 de Janeiro, para o ano de 2006	MFAP MADRP	Não foram encontradas representatividades do sector da saúde
			Decreto-lei n.º 327/2007, 2 de Outubro - Define as regras que disciplinam a execução material e financeira do Programa Medidas Veterinárias no âmbito do Plano Nacional de Saúde Animal	MADRP	Não foram encontradas representatividades do sector da saúde
			Decreto-lei n.º 110/2007, 16 de Abril - Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2005/94/CE, do Conselho, de 20 de Dezembro, relativa a medidas comunitárias de luta contra a gripe aviária	MADRP	Oportunidades: Esta estratégia define medidas a serem implementadas para evitar que a gripe das aves se propague aos seres humanos. Pretende assegurar um nível de protecção da saúde humana. Não foram encontradas representatividades do sector da saúde
			Portaria n.º 81/2002 de 24 de Janeiro - Aprova as normas técnicas de execução regulamentar do Plano Nacional de Luta e Vigilância Epidemiológica da Raiva Animal e Outras Zoonoses (PNLVERAZ)	MADRP	Oportunidades: Integra o conjunto de acções de profilaxia médica e sanitária destinadas a manter o estatuto de indemnidade do País, relativamente à raiva ou no caso de eclosão da doença, fazer executar rapidamente, as medidas de profilaxia e de política sanitária com vista à sua rápida erradicação. O Programa compreende ainda, o desenvolvimento de acções de vigilância sanitária com vista ao estudo epidemiológico e ao combate às outras zoonoses dos canídeos domésticos já referidas, bem como acções de educação sanitária no âmbito das mesmas. Não foram encontradas representatividades do sector da saúde
			Decreto-lei n.º 223/2008, 18 de Novembro - Primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 113/2006, de 12 de Junho, que estabelece as regras de execução, na ordem jurídica nacional, dos Regulamentos (CE) n.os 852/2004 e 853/2004, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de Abril, relativos à higiene dos géneros alimentícios e à higiene	MADRP	Oportunidades: Preceitua que a rejeição para consumo humano, de produtos frescos de origem animal, aquando da sua inspecção sanitária nos centros de abate e nas salas de desmancha, é susceptível de

			dos géneros alimentícios de origem animal, e revoga as Portarias n.os 559/76, de 7 de Setembro, 764/93, de 15 de Julho, e 534/93, de 21 de Maio		recurso por parte dos proprietários ou dos seus legítimos representantes. Aquela norma é aplicável apenas à carne, a qual consiste num género alimentício de elevada perecibilidade e para o qual a avaliação, em sede de recurso, deve ser realizada de forma célere. Não foram encontradas representatividades do sector da saúde
			Decreto-lei nº 315/2009, 29 de Outubro - Aprova o regime jurídico da detenção de <u>animais perigosos</u> e potencialmente perigosos enquanto animais de companhia	MADRP	Oportunidades: Estabelece as normas aplicáveis à detenção de animais perigosos e potencialmente perigosos enquanto animais de companhia. Não foram encontradas representatividades do sector da saúde
Financiamentos	Financiamentos		Decreto-lei nº 183/2005, 3 de Novembro - Cria uma linha de crédito para financiamento das entidades do sector pecuário extensivo criadoras de bovinos, ovinos, caprinos, suínos e equinos, bem como das entidades que se dediquem à apicultura, com vista a compensar os custos acrescidos resultantes da escassez de pastagens e forragens em virtude de condições climáticas adversas verificadas desde Novembro de 2004.	MADRP	Não foram encontradas representatividades do sector da saúde
			Portaria nº 1293/2005, 15 de Dezembro - Altera a Portaria n.º 559/2005, de 28 de Junho, que regulamenta o Decreto-Lei n.º 96/2005, de 9 de Junho, que institui uma linha de crédito ao sector horto-frutícola	MADRP	Não foram encontradas representatividades do sector da saúde
	PROMAR - Programa Operacional Pesca 2007-2013		Decreto-lei nº 81/2008, 16 de Maio - Estabelece o enquadramento nacional dos apoios a conceder ao sector da pesca no âmbito do Programa Operacional Pesca 2007-2013, designado por PROMAR, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 128/2009, de 28 de Maio.	MADRP	Oportunidades: Visa o aumento do valor acrescentado dos produtos da pesca e da aquicultura e a melhoria das condições de higiene, salubridade e qualidade desses produtos. Não foram encontradas representatividades do sector da saúde
			Portaria nº 424-B/2008, 13 de Junho - Aprova o Regulamento do Regime de Apoio aos Investimentos Produtivos na Aquicultura, no âmbito da Medida Investimentos Produtivos na Aquicultura, prevista no eixo prioritário n.º 1 do Programa Operacional Pesca 2007-2013 (PROMAR)	MADRP	
	PEN PESCA – Plano Estratégico Nacional para a Pesca 2007-2013		Plano Estratégico Nacional para a Pesca 2007-2013	MADRP	Oportunidades: O Plano ao definir uma política de intervenção clara e coordenada para o período de 2007-2013, visa contribuir para uma importância acrescida

					do sector da pesca na economia nacional e para a dinamização económica e social das comunidades piscatórias sendo, para o efeito, necessário contar, para além do empenho das diferentes entidades envolvidas, com a capacidade empresarial do sector e a participação das respectivas organizações profissionais. Não foram encontradas representatividades do sector da saúde
Desenvolvimento Rural	PRODER - Programa de Desenvolvimento Rural do Continente	Decreto-lei nº 2/2008, 4 de Janeiro - Define o modelo de governação dos instrumentos de programação do desenvolvimento rural para o período 2007/2013	MADRP	MADRP	Oportunidades: O PRODER é um instrumento estratégico e financeiro de apoio ao desenvolvimento rural do continente, para o período 2007-2013, aprovado pela Comissão Europeia. Visa a concretização dos seguintes objectivos: Aumentar a competitividade dos sectores agrícola e florestal; Promover a sustentabilidade dos espaços rurais e dos recursos naturais; Revitalizar económica e socialmente as zonas rurais. A estes objectivos estratégicos acrescem ainda objectivos de carácter transversal, como sejam, o reforço da coesão territorial e social, e a promoção da eficácia da intervenção dos agentes públicos, privados e associativos na gestão sectorial e territorial Não foram encontradas representatividades do sector da saúde
		Resolução do Conselho de Ministros nº 2/2008, 7 de Janeiro - Cria a estrutura de missão para o Programa de Desenvolvimento Rural do Continente (PRODER) e revoga a Resolução do Conselho de Ministros n.º 112/2007, de 21 de Agosto.			
	PEN - Plano Estratégico Nacional	Resolução do Conselho de Ministros nº 147/2006 – Aprova as orientações fundamentais para a elaboração do Plano Estratégico Nacional e dos programas de desenvolvimento rural para o período de 2007-2013	MADRP	MADRP	Oportunidades: Definidas as prioridades nacionais, centradas no aumento da competitividade dos sectores agrícola e florestal, na valorização dos espaços rurais e dos recursos naturais de forma sustentável e na revitalização económica e social das zonas rurais, tendo-se como objectivos transversais o reforço da coesão territorial e social e a eficácia da intervenção dos agentes públicos, privados e associativos na gestão sectorial e territorial. Não foram encontradas
		Resolução do Conselho de Ministros nº 112/2007 - Cria a estrutura de missão para a gestão do Programa de Desenvolvimento Rural do Continente (PDRc), designada de secretariado técnico do Programa de Desenvolvimento Rural do Continente (STPDRc), como estrutura de apoio técnico à autoridade de gestão			
		Decreto-lei nº 2/2008, 4 de Janeiro - Define o modelo da governação dos instrumentos de programação do desenvolvimento	MADRP		

			rural para o período de 2007 -2013 e estabelece a estrutura orgânica relativa ao exercício das funções de gestão, controlo, informação, acompanhamento e avaliação, nos termos dos regulamentos comunitários aplicáveis, designadamente os Regulamentos (CE) nº 1290/2005, do Conselho, de 21 de Junho, e 1698/2005, do Conselho, de 20 de Setembro.		representatividades do sector da saúde
			Decreto-lei nº 37-A/2008, 5 de Março – Define as regras gerais de aplicação dos PDR	MADRP	

Sector	Categoria	Sub-categoria	Indicadores Implementação	Agentes Envolvidos	Comentários
MDN		Actividades			
DEFESA NACIONAL	Defesa território nacional	Estratégia Nacional para o Mar	Resolução do Conselho de Ministros nº 163/2006, de 12 de Dezembro – Aprova a <u>Estratégia Nacional para o Mar</u>	MAOT	Oportunidades: Esta estratégia permite que se conheça e tire partido dos recursos disponíveis existentes no mar. Por outro lado, promove a sua utilização e preservação, garantindo a sua exploração sustentável. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
			Resolução do Conselho de Ministros nº 40/2007 - Cria a <u>Comissão de Coordenação Interministerial para os Assuntos do Mar</u> - CIAM	MDN MAI MNE MPCM MAOT MEID MADRP MOPTC ME MCTES MC	
		Defesa nacional	Lei nº 31-A/2009, 7 de Julho – Aprova a <u>lei da defesa nacional</u>	MDN	Oportunidades: A defesa nacional tem por objectivos garantir a soberania do Estado, a independência nacional e a integridade territorial de Portugal, bem como assegurar a liberdade e a segurança das populações e a protecção contra qualquer agressão ou ameaça externas. Assim, uma nação deve garantir um bom sistema de defesa nacional
			Lei Orgânica nº 1-A/2009, 7 de Julho - Aprova a <u>Lei Orgânica de Bases da Organização das Forças Armadas</u>	MDN	

			Lei Orgânica nº 3/2008, 8 de Setembro - Aprova a <u>Lei de Programação das Infra-estruturas Militares</u>	MDN	que consiga responder a situações de emergência e/ ou catástrofe (natural ou pela mão do Homem), de forma a salvaguardar a saúde da população. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
		IESM - Instituto de Estudos Superiores Militares	Decreto-Lei nº 161/2005, 22 de Setembro - Cria o Instituto de Estudos Superiores Militares - IESM	MDN	Oportunidades: A criação do IESM proporciona a formação academia dos quadros das Forças Armadas, permitindo que estes acompanhem a evolução científica e tecnológica (crescente uso de tecnologias em matéria de armamento), que se preparem convenientemente e estrategicamente para as operações militares, entre outras. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
		Informação geográfica	Decreto-lei nº 180/2009, 7 de Agosto - Procede à revisão do Sistema Nacional de Informação Geográfica, transpondo para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2007/2/CE de 14 de Março, do Parlamento Europeu e do Conselho	MAOT MDN	Oportunidades: A informação geográfica define-se como um ou vários conjuntos de dados processados e organizados, que registam a localização e a forma de elementos geográficos, podendo ainda incluir outros atributos que caracterizem esses mesmos elementos. A importância deste tipo de informação deve-se em muito ao desenvolvimento dos Sistemas de Apoio à Decisão, bem como à massificação do acesso à informação por parte dos cidadãos, tornando essencial o carácter espacial dos dados. Desta forma, permite o cidadão ter acesso à informação geográfica do seu país. Não foram identificadas representatividades do sector da saúde
	Defesa de outros territórios	Programa de Apoio às Missões de Paz em África	Programa de Apoio às Missões de Paz em África	MDN	Não foram identificadas representatividades do sector da saúde

Sector	Categoria	Sub-categoria	Indicadores Implementação	Agentes Envolvidos	Comentários
MS		Actividades			
SAÚDE	Mais saúde para as crianças e jovens	Programa Nacional de Saúde Escolar	Despacho nº 12.045/2006, 7 de Junho – Aprova o Programa Nacional de Saúde Escolar	MS – promotor da iniciativa; ME – estabelecimentos de ensino; MTSS – IPSS que actuem para a população jovem;	
		Crianças e jovens em risco	Despacho nº 31292/2008, 5 de Dezembro - Aprovação do documento « <u>Maus tratos em crianças e jovens - Intervenção da saúde</u> », anexo ao presente despacho - «Acção de saúde para crianças e jovens em risco»	MS (GDS) – Desenvolve o documento;	Em todas as sociedades sucedem-se actos de violência e as crianças são os seres humanos mais vulneráveis a esta violência. Desde raptos, violações em contextos de conflito armado, violência de rua ou em casa e através dos media, são algumas formas mais comuns de violência. Além disso, sofrem violência na escola, através de castigos corporais, brigas, bullying, assédio moral por parte dos professores e de outros alunos (WHO, 1999). A prevenção da violência juvenil não é apenas um bom investimento para o futuro dos indivíduos, mas é também um pré-requisito para o desenvolvimento e manutenção de uma sociedade saudável. Oportunidades: A elaboração de um documento sobre maus tratos em criança permite aos profissionais identificar situações de violência quando as crianças se deslocam aos serviços de saúde. Por outro lado, possibilita que os profissionais da saúde façam o encaminhamento dos casos onde foi verificado perigo para outros serviços. Estas medidas tem como objectivo defender as condições de desenvolvimento saudável das crianças.
			Portaria nº 965/2009, 25 de Agosto - Estabelece as regras de <u>articulação entre as unidades de saúde e os serviços da segurança social</u> e os instrumentos a utilizar	MS – Detecção dos casos de perigo e encaminhamento para o Inst. Seg. Social; MTSS – Gestão dos casos através das CPCJ;	
			Decreto-lei nº 281/2009, 6 de Outubro - Cria o <u>Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância</u> , adiante designado por SNIPI	MS – Detecção e encaminhamento dos casos; MTSS – Promove a cooperação activa com as IPSS para o acompanhamento da criança; ME – Assegura, através da rede de agrupamentos de escolas referência, a articulação com os serviços de saúde e de segurança social;	
		Protecção de crianças e jovens	Lei nº 71/2009, 6 de Agosto - Cria o regime especial de protecção de crianças e jovens com doença oncológica	MS	Oportunidades: Esta medida visa garantir o acompanhamento dos familiares às

Saúde e direitos dos doentes		com doença			crianças e jovens doentes, combatendo a solidão e o receio que estas podem sentir estando ausentes do seu contexto normal.
		Acompanhamento familiar em internamento hospitalar	Lei nº 106/2009, 14 de Agosto – Acompanhamento familiar em internamento hospitalar	MS	Oportunidades: Esta medida garante o acompanhamento dos familiares a pessoas que estão internadas em hospitais.
		Acompanhamento dos utentes serviços urgência	Lei nº 33/2009, 14 Julho – Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do SNS	MS	
		Linha Saúde 24	Linha Saúde 24	MS	Oportunidades: Esta medida visa responder as necessidades manifestadas pelos cidadãos em matéria de saúde, contribuindo para ampliar e melhorar a acessibilidade aos serviços e racionalizar a utilização dos recursos existentes através do encaminhamento dos Utes para as instituições integradas no Serviço Nacional de Saúde mais adequadas.
		Nascer Cidadão	Nascer Cidadão	MS MTSS MJ	Oportunidades: Este programa visa o registo de nascimento das crianças nas unidades de saúde logo após o nascimento e feito pelo Instituto dos Registos e Notariado e, posteriormente, e comunicado ao MTSS e MS o nascimento da criança para efeitos de inscrição na Segurança Social e atribuição de inscrição no Centro de Saúde.
		Saúde oral	Portaria nº 301/2009, 24 de Março - Regula o funcionamento do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) no que respeita à prestação de cuidados de saúde oral personalizados, preventivos e curativos, ministrados por profissionais especializados	MS	Oportunidade: Este programa atribui cheques -dentista aos respectivos utentes beneficiários, nomeadamente grávidas seguidas no Serviço Nacional de Saúde (SNS), beneficiários do complemento solidário para idosos utentes do SNS e crianças e jovens com idade inferior a 16 anos
			Despacho nº 9550/2009, 6 de Abril - Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) - <u>atribuição de cheques-dentista</u>	MS (DGS) – coordenação do projecto a nível nacional MS (ARS) – coordenação da execução do projecto a nível regional	
		Cessação tabágica	Lei nº 37/2007, 14 de Agosto - Aprova normas para a protecção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo	MS (DGS)	

		Direitos de acesso aos serviços de saúde	Lei nº 41/2007, 24 de Agosto - Carta dos <u>Direitos de Acesso</u> aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde	MS	
			Portaria nº 1042/2008, 15 de Setembro - Estabelece os termos e as <u>garantias do acesso</u> dos requerentes de asilo e respectivos membros da família ao SNS	MAI MS	
		Cartão europeu de seguro de doença	Portaria nº 1359/2009, 27 de Outubro - Aprova o modelo de <u>Cartão Europeu de Seguro de Doença</u>	MFAP MDN MAI MJ MTSS MS	
		Cuidados continuados	Decreto-lei nº 101/2006, 6 de Junho - Cria a <u>Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados</u>	MS	
			Portaria nº 1087-A/2007, 5 de Setembro - Fixa os <u>preços dos cuidados de saúde e de apoio social</u> prestados nas unidades de internamento e ambulatório da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) Portaria n.º 189/2008, 19 de Fevereiro – Altera a portaria anterior.	MFAP MTSS MS	
			Despacho normativo nº 34/2007, 19 de Setembro - Definição dos termos e <u>condições em que a segurança social comparticipa os utentes</u> pelos encargos decorrentes da prestação dos cuidados de apoio social nas unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	MTSS	
		Procriação medicamente assistida	Lei nº 32/2006, 26 de Julho - Procriação medicamente assistida	MS	
			Decreto Regulamentar nº 5/2008, 11 de Fevereiro -Regula a utilização de técnicas de procriação medicamente assistida	MS	
			Despacho (extracto) n.º 10789/2009, 27 de Abril - Determina a adopção de medidas imediatas que minimizem as dificuldades no acesso de tratamentos de PMA	MS	
		Sistema de vigilância	Lei nº 81/2009, 21 de Agosto - Institui um sistema de vigilância em saúde pública, que identifica situações de risco, recolhe, actualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como prepara planos de contingência face a situações de emergência ou tão graves como de calamidade pública	MS	
		Redução de taxas moderadoras	Decreto-lei nº 201/1007, 24 de Maio – Isenção às vítimas de violência doméstica do pagamento de taxas moderadoras no acesso à prestação de cuidados de saúde (alteração do decreto-lei nº 173/2003)	MS	
			Despacho nº 20509/2008 – Aplicação do regime de isenção das taxas moderadoras às vítimas de violência doméstica	MS	

			Decreto-lei nº 79/2008, 8 de Maio – Reduz em 50% o pagamento de taxas moderadoras no acesso à prestação de cuidados de saúde dos utentes com idade igual ou superior a 65 anos	MS	
			Decreto-lei nº 322/2009, 14 de Dezembro – Elimina as taxas moderadoras para o acesso e acto cirúrgico realizado em ambulatório, no âmbito do SNS	MS	
	Emergência Médica	Sistema integrado de emergência médica - SIEM	Sistema Integrado de Emergência Médica	MS (INEM; Hospitais; Centros de saúde) MAI (PSP; GNR; Bombeiros) MDN (Cruz Vermelha Portuguesa)	Oportunidades: O SIEM trata-se de um conjunto de entidades que cooperam com um objectivo: prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita. Essas entidades são a PSP, a GNR, o INEM, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa e os Hospitais e Centros de Saúde.
		Nº Europeu de Emergência Médica	Resolução do Conselho de Ministros n.º 164/2007, de 12 de Outubro – Aprova o número de telefone de emergência único europeu - 112		

